

Sous la direction de
Nathalie de Kernier

30 grandes notions

de psychologie clinique
et psychopathologie
psychanalytiques

DUNOD

Sous la direction
de Nathalie de Kernier

30 *grandes notions*

de psychologie
clinique
et psychopathologie
psychanalytiques

DUNOD

Maquette de couverture :

www.atelier-du-livre.fr

(Caroline Joubert)

© Dunod, Malakoff, 2019

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079196-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Sous la direction de :

Nathalie DE KERNIER Maître de conférences HDR à l'Université Paris Nanterre, psychologue clinicienne et psychanalyste.

*Avec une
préface
introductive
de :*

André SIROTA Professeur émérite, Université Paris Nanterre, psychanalyste groupal et institutionnel.

*Et la
collaboration
de :*

Clémence DAYAN Maître de conférences à l'Université Paris Nanterre et psychologue clinicienne (centre d'action médico-sociale précoce de Versailles).

Hubert LISANDRE Maître de conférences à l'Université Paris Nanterre, psychologue clinicien et psychanalyste.

François POMMIER Professeur à l'Université Paris Nanterre, psychiatre et psychanalyste.

Régine SCELLES Professeur à l'Université Paris Nanterre et psychologue clinicienne.

Sara SKANDRANI Maître de conférences à l'Université Paris Nanterre et psychologue clinicienne (Maison de Solenn, hôpital Cochin).

Table des matières

PRÉFACE INTRODUCTIVE (ANDRÉ SIROTA)

CHAPITRE 1 APPROCHE MÉTAPSYCHOLOGIQUE DU FONCTIONNEMENT
PSYCHIQUE

1. L'hypothèse de l'inconscient (François Pommier)

1.1 Pulsion

1.2 Topique

2. La pulsion (Hubert Lisandre)

2.1 L'ancrage biologique

2.2 Le fondement sexuel

2.3 Définition et coordonnées

2.4 Dualité pulsionnelle

3. Représentation et affect (Hubert Lisandre)

3.1 La représentation : un « reste d'impression »

3.2 Représentation d'objet ou de pulsion ?

3.3 L'affect : une « somme d'excitation »

3.4 Plaisir ou déplaisir ?

3.5 La théorie de l'affect

4. Économie psychique et première topique (Hubert Lisandre)

4.1 Première loi économique : le principe de constance (et/ou d'inertie),
loi universelle

4.2 Deuxième loi économique : le principe de plaisir (et/ou de déplaisir),
loi de l'inconscient

4.3 Troisième loi économique : le principe de réalité, loi du préconscient

4.4 La première topique (1900)

5. Le moi et le narcissisme (Hubert Lisandre)

5.1 Le moi : une organisation unitaire, prudente... au risque d'un
évitement de l'inconscient ?

5.2 L'invention du narcissisme

5.3 Le moi, réaliste et délirant ?

6. L'objet (Hubert Lisandre)

6.1 De l'objet pulsionnel au « choix d'objet »

6.2 L'objet clivé de Melanie Klein

6.3 L'objet a de Jacques Lacan

7. La pulsion de mort et deuxième topique (Hubert Lisandre)

7.1 La contrainte de répétition

7.2 La désintrication pulsionnelle

7.3 Destins de la pulsion de mort

7.4 La deuxième topique

CHAPITRE 2 DYNAMIQUE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

8. Conflits et relations d'objet (Nathalie de Kernier)

9. Le complexe d'Œdipe (Sara Skandrani)

9.1 Définition

9.2 Complexe d'Œdipe positif et négatif

9.3 Complexe d'Œdipe précoce

9.4 Complexe d'Œdipe et psychose

CHAPITRE 3 ANGOISSE ET MÉCANISMES DE DÉFENSE

10. Angoisse (Nathalie de Kernier)

10.1 Angoisse et structure

10.2 Angoisse et défenses

11. Mécanismes de défense (Nathalie de Kernier)

11.1 Dans les différentes structures

11.2 Du « sain » au « pathologique »

CHAPITRE 4 LES GRANDES STRUCTURES ET MODES DE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

12. Névroses (Nathalie de Kernier)

12.1 L'organisation névrotique

12.2 Névrose hystérique

12.3 Névrose obsessionnelle

12.4 Névrose phobique

13. Psychoses (Nathalie de Kernier)

13.1 Fonctionnement paranoïaque

13.2 Fonctionnement schizophrénique

14. Fonctionnements limites (Nathalie de Kernier)

14.1 Inaboutissement du moi

14.2 Angoisse de perte

14.3 Relation d'objet et mécanismes de défense

14.4 Les instances idéales

14.5 La dépression

14.6 La personnalité narcissique, défense radicale contre la dépression

15. Le cas particulier des « troubles du spectre autistique » (Clémence Dayan)

15.1 La psychanalyse et l'autisme

15.2 Où en sommes-nous aujourd'hui ?

15.3 Définitions et grandes notions théoriques de la psychanalyse sur les états autistiques

15.4 En quoi consiste le traitement psychanalytique auprès des personnes autistes ?

16. Le cas particulier de la « perversion » (Hubert Lisandre)

16.1 La perversion chez Freud

16.2 L'énigme du masochisme

16.3 Du fétichisme...

16.4 ... à la « structure perverse » ?

CHAPITRE 5 TRAUMATISME ET DÉSORGANISATION PSYCHIQUE : QUELQUES MANIFESTATIONS EXTRÊMES

17. Délires (François Pommier)

18. Passages à l'acte (Sara Skandrani)

18.1 Définition

18.2 Catégorisation psychopathologique du passage à l'acte

18.3 Significations psychanalytiques du passage à l'acte

18.4 Les passages à l'acte comme rites de subjectivation

CHAPITRE 6 LES TRAITEMENTS PSYCHANALYTIQUES

19. Psychanalyse cure type (François Pommier)

20. Psychanalyse en face-à-face (François Pommier)

21. Psychanalyse de groupe (Clémence Dayan)

21.1 Les origines de la pratique de groupe en psychologie et en psychanalyse

21.2 Les grands concepts de la psychanalyse de groupe

21.3 Les dispositifs actuels de psychanalyse de groupe

22. Psychanalyse de l'enfant (Clémence Dayan)

22.1 Repères historiques et grands courants théoriques

22.2 Cadre et dispositifs de la psychanalyse d'enfants

23. La psychanalyse de l'adolescent (Sara Skandrani)

23.1 Aménagement du cadre thérapeutique

23.2 Relation transféro-contre-transférentielle

24. Traitements psychiques dans des situations de handicap (Régine Scelles)

24.1 Annonce du diagnostic, processus de découverte

24.2 Subjectivation et théories infantiles

24.3 Honte et culpabilité

24.4 Le soin psychique et la thérapie

CHAPITRE 7 LES OUTILS EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUES

25. L'écoute et l'observation (Nathalie de Kernier)

25.1 Observer

25.2 Écouter, et aussi ressentir

25.3 Ce qui est dit et la manière dont c'est dit

25.4 Quand le contenu et la forme se contredisent

26. Le contre-transfert (Sara Skandrani)

26.1 Définition

26.2 Évolution historique

26.3 Apports déterminants pour la compréhension du concept du contre-transfert

26.4 L'analyse du contre-transfert

27. L'analyse de la dynamique des entretiens cliniques (Clémence Dayan)

27.1 Qu'est-ce qu'un entretien clinique ?

27.2 La position clinique du psychologue

27.3 Que signifie « analyser la dynamique d'un entretien » ?

28. Le bilan psychologique (Nathalie de Kernier)

28.1 L'entretien préalable au test

28.2 Les épreuves d'efficiency intellectuelle

28.3 Les épreuves projectives

28.4 L'entretien de restitution

29. De la clinique à la recherche (Régine Scelles)

29.1 Différentes formes de recherches

29.2 Éthique et déontologie

29.3 Les outils

29.4 L'analyse du discours

29.5 Études de cas

30. Éthique et déontologie (Régine Scelles)

30.1 Les titres de psychologue et de psychothérapeute

30.2 Code des psychologues

30.3 Le secret professionnel

30.4 La Commission nationale consultative de déontologie des psychologues (CNCDP)

30.5 Construire une posture éthique

30.6 Importance du groupe dans la construction de la posture éthique

CORRIGÉS DES QUIZZ

Préface introductive

L'approche psychanalytique de la psychologie clinique et de la psychopathologie

Un ouvrage, dont le titre commence par « 30 grandes notions de... », pourrait écarter le lecteur imaginant un alphabet de définitions successives, sans articulation entre elles. Bien au contraire, cet ouvrage-ci fait entrer pas à pas dans l'univers de la métapsychologie psychanalytique, pour le faire découvrir, ou permettre de le revisiter.

Par la manière dont il est écrit, loin d'exposer des définitions figées, cet ouvrage collectif montre le travail de création continue de la métapsychologie psychanalytique suscité par la rencontre avec des patients. Partant, bien entendu, de Freud, il s'appuie aussi sur quelques-uns de ses successeurs parmi ceux qui ont œuvré à de nouveaux développements ou soulevé des controverses, comme celle relative à la pulsion de mort. Les controverses n'y sont pas « tranchées ». L'ouvrage ne propose pas de certitudes quant aux entités psychiques supposées exister depuis Freud par les représentations de mots qu'il en a données. En usant du terme de « notion », plutôt que de « concept », les auteurs se montrent prudents, exprimant par là une sorte de doute méthodique et théorico-clinique, nécessaire à celles et ceux qui veulent écouter autrui et faire œuvre de science.

Ces *30 grandes notions de psychologie clinique et psychopathologie psychanalytiques* sont rattachées à des auteurs qui les ont reprises, discutées, redéfinies ou mises en valeur. Initié et coordonné par Nathalie de Kernier, cet ouvrage s'est construit avec les contributions de Clémence Dayan, Nathalie de Kernier, Hubert Lisandre, François Pommier, Régine Scelles et Sara Skandrani, membres de la même équipe de recherche et d'enseignement en psychologie clinique et psychopathologie psychanalytiques de l'Université Paris Nanterre.

S'il se veut ouvrage d'initiation à la théorie, il ne la simplifie pas. Bien au contraire. Nous y sommes d'emblée plongés dans les méandres et les complexités du fonctionnement psychique. Il faut parfois s'accrocher pour suivre le cheminement de pensée que l'écriture tente de restituer. En outre, ce livre, en rendant brièvement compte des regards des continuateurs de Freud, met l'accent sur leurs éclairages différents, sans en conclure sur un antagonisme radical. En citant, en particulier, Melanie Klein, Jacques Lacan, Donald Woods Winnicott et André Green, pour ne mentionner ici que ces grandes figures, les auteurs de cet ouvrage nous invitent, par exemple, à porter plus particulièrement notre attention, soit à la vie archaïque, soit au langage, soit à l'objet, soit au conflit, soit à la pulsion sexuelle, etc., comme à ce que l'autre représente pour nous, notamment sur le plan imaginaire et fantasmatique. Il est aussi question de la place à laquelle nous mettons cet autre, à notre insu, dans la construction, architecturale pourrait-on dire, de notre appareillage psychique, éclairant les chemins de traverse suivis dans la constitution du sujet inconscient ou dans les processus d'identification, y compris avec des hypothèses sur ce qui peut conduire à la névrose, à la psychose, à des états limites, ou encore à la perversion.

À chaque pas, l'évidence de l'extrême complexité de la vie psychique est perceptible, les passages sur le conflit psychique, en particulier, en traduisent quelque chose. L'attention du lecteur est alertée aussi par la diversité, selon les patients et leur histoire, des interprétations ou des sens différents que l'on peut associer à un symptôme. Les jeux des forces ou des instances psychiques qui se contrarient, dont les notions pour les représenter semblent composites et se contredire parfois, nous rappellent utilement à l'humilité dans notre rapport au savoir. Par cette manière de nous emmener vers la métapsychologie psychanalytique, les auteurs sont intéressés à montrer combien les théories en psychanalyse sont effectivement toujours au travail, en même temps que l'écoute clinique, et non une doctrine fermée, chez Freud comme chez la plupart de ses différentes générations de successeurs.

Parmi les griefs parfois formulés à l'égard de la psychanalyse, figure une critique, selon laquelle, elle retomberait « toujours sur ses pieds » face à toute objection. Nous y insistons, ce n'est pas du tout ce que nous montre

cet ouvrage. Au fil du texte, il montre qu'à partir d'une théorie, c'est-à-dire d'une première modélisation initiale ou plus tardive de la vie psychique et de la multiplicité des territoires psychiques, proposée par Freud, au centre de laquelle sont quelques piliers, dont celui de l'inconscient, de la dualité pulsionnelle, du réservoir de l'archaïque et des deux topiques emboîtées, tout être humain est le siège de forces contradictoires considérables. Certaines de ces forces le poussant à prendre en compte les réalités, pendant que d'autres le poussent à les mépriser du fait de la mobilisation d'une défense, c'est-à-dire d'une réaction de protection. Cette modélisation, qui rend compte de l'activité psychique et de l'ambivalence humaine est irréductible au seul système conscient ou perception-conscience, auquel on peut sans doute adjoindre le terme de volonté. L'être humain n'est pas tout entier confondu avec le seul système perception-conscience-volonté, ne lui déplaise. Sans le manque-à-être, qui lui échappe et lui donne accès au désir, il n'est pas ce qu'il est. Il n'est que ce qu'il croit donner à voir, tout en se leurrant. C'est sûr, ça ne simplifie pas la vie, ça peut même rendre malade.

On n'est pas obligé de rester reclus au fond de soi. De nos jours, un autre destin est possible que celui de la répétition : on peut sortir de l'immobilité et renoncer à ses bénéfices secondaires, mais mortifères. Les développements récents de la psychanalyse, dans ses dispositifs cliniques et ses étayages théoriques, ouvrent des chemins pour celles et ceux qui souhaitent se prendre en charge en se reconnaissant comme être humain faillible, souffrant, pensant et parlant, seul ou avec d'autres et en groupe, dans des espaces spécifiquement conçus pour cela, garantis par la présence d'un tiers externe étayant ou capable de sollicitude, comme de supporter et de repérer les mouvements transférentiels à l'œuvre, par lesquels le travail psychique passe.

André Sirota

APPROCHE MÉTAPSYCHOLOGIQUE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

- 1. L'hypothèse de l'inconscient**
- 2. La pulsion**
- 3. Représentation et affect**
- 4. Économie psychique et première topique**
- 5. Le moi et le narcissisme**
- 6. L'objet**
- 7. La pulsion de mort et deuxième topique**

Par sa conception du fonctionnement psychique, constamment remaniée, Freud (1915a) a cherché à rendre compte des faits psychiques dans leur ensemble, en nommant ce modèle conceptuel *Métapsychologie*. À une époque où les approches psychologiques s'intéressent essentiellement aux faits conscients, il va tout particulièrement s'intéresser à leur versant inconscient. Freud (1925) envisage chaque processus psychique d'après trois coordonnées : la dynamique, l'économie et la topique.

Le **point de vue dynamique**, qui sera encore approfondi au chapitre 2, consiste à considérer les phénomènes psychiques comme résultant d'une combinaison de forces plus ou moins antagonistes. C'est d'abord **l'hypothèse de l'inconscient** (notion 1) qui amène à conceptualiser ces forces, les **pulsions** (notion 2), par des théories successives. Les motions pulsionnelles sont portées par les **représentations** (notion 3) elles-mêmes plus ou moins investies d'**affects** (notion 3). Le processus psychanalytique est un travail incessant de liaison-déliaison des représentations et des affects, afin d'instaurer une mobilité de l'énergie psychique là où de la rigidité ou des répétitions tendent à paralyser le psychisme. L'**économie psychique** (notion 4) correspond à la circulation de l'énergie psychique, son investissement et sa répartition entre les différentes instances, les différents objets ou les différentes représentations. Le **point de vue topique** (notions 4 et 7) amène à considérer l'appareil psychique comme une organisation en diverses instances, un peu comme des territoires assurant chacun des fonctions différentes sur l'énergie. Dans la deuxième topique, le moi (notion 5) est l'un de ces territoires de l'appareil psychique, se constituant progressivement en une unité assurant principalement le sentiment de stabilité et d'identité de la personne, ainsi qu'une fonction de défense – cette fonction particulière du moi sera développée dans le chapitre 3 traitant de l'angoisse et des mécanismes de défense. Le **narcissisme** (notion 5) désigne l'investissement du moi et celui-ci se construit sur les liens objectaux. L'**objet** (notion 6) a un rôle fondamental dans la constitution du moi. Sans objet, il n'y aurait pas de sujet. Toute identité, comme tout lien, se nourrit à la fois de la singularité de ce que l'on est et des apports des autres. Mais si l'objet devient source d'insécurité, voire même de violence, autrement dit s'il n'est plus « suffisamment bon », pour reprendre l'expression de Winnicott (1971), et ne respecte pas les

besoins du sujet, au lieu de nourrir le moi et de garantir sa survie, il devient perturbateur. Quand l'objet n'est plus constant ni permanent, il devient une menace pour le moi, non sans risque de désintringement pulsionnel. Dans la psychopathologie, ladite **pulsion de mort** (notion 7) devient palpable dans la mesure où elle se désintringe, se désolidarise de la pulsion de vie.

1. L'hypothèse de l'inconscient

La notion d'**inconscient** est inséparable de la psychanalyse même si elle trouve ses origines en philosophie, dans le romantisme allemand autour de l'idée d'un réservoir d'images mentales et dans la psychiatrie dynamique du XIX^e siècle, avant même que Freud en fasse l'hypothèse dans *La Science des rêves*.

L'inconscient constitue l'ensemble des processus mentaux qui ne sont pas consciemment pensés.

Il est d'abord utilisé sous forme de qualificatif avant d'être conçu comme système ou appareil composé d'instances. En psychanalyse, il ne peut pas être considéré comme un lieu parce qu'il n'a pas de localisation cérébrale. C'est essentiellement un mode de fonctionnement qui correspond à la partie de nous-même la plus sauvage et instinctuelle. Freud découvre l'inconscient de manière progressive et hésitante à la faveur de son auto-analyse, de sa pratique clinique et de ses investigations théoriques. Il parle d'abord d'une « réactivité psychique » où le fantasme inconscient règne en maître et il va s'attacher à montrer dès 1901 que nombre de phénomènes de la vie psychique ordinaire portent la marque d'une action de l'inconscient. Les rêves, les actes manqués et les lapsus seront notamment compris comme des manifestations de l'inconscient (Freud, 1916-1917).

Le premier schéma topologique de la psyché qui prévaut jusqu'en 1915 dans *L'Essai sur l'inconscient* sera celui d'un appareil composé de trois systèmes (notion 4) :

- le **conscient**, appelé plus volontiers « perception-conscience », situé à la périphérie de l'appareil psychique, est le siège des processus de pensées ;

- l'**inconscient**, partie la plus archaïque de l'appareil psychique, la plus proche de la source pulsionnelle, qui comprend les pulsions innées : sexuelles, d'agressivité et d'autoconservation ;
- le **préconscient**.

L'inconscient, dans la perspective de cette première topique, est un inconscient constitué historiquement au cours de la vie de l'individu, et plus précisément pendant son enfance. Il est institué par le **refoulement** (notion 11) et son contenu est assimilé à du refoulé. Le « système inconscient » se caractérise par un fonctionnement en « **processus primaire** », c'est-à-dire qu'à son niveau l'énergie est libre, la tendance à la décharge se manifestant sans entrave. Cette énergie libre fonctionne facilement d'une représentation à une autre, ce qu'illustrent les phénomènes de condensation et de déplacement (notion 11). Le désir inconscient trouve ainsi son expression « déformée » sous l'effet du « travail du rêve ». Le système inconscient a la particularité d'ignorer la temporalité, la contradiction, le doute ou les degrés de certitude.

À partir de 1915, l'inconscient va être considéré comme plus étendu. Le refoulé ne couvre pas tout ce qui est inconscient. **Son contenu** est non pas les pulsions comme telles mais des « **représentants-représentation** » sorte de délégués des pulsions, fondés sur des traces mnésiques. Dans l'inconscient, « le représentant de la pulsion [...] prolifère pour ainsi dire dans l'obscurité et trouve des formes d'expressions extrêmes » (Freud, 1915). Ces contenus, fantasmes, scénarios auxquels les pulsions sont fixées, cherchent en permanence à se décharger de leurs investissements pulsionnels sous forme de motions de désirs. En 1923, dans *Le Moi et le Ça*, Freud développe sa seconde topique (notion 7), autour d'une nouvelle trilogie : le moi, le ça et le surmoi. Ce qu'il appelle le *ça* a un correspondant à peu près exact avec l'inconscient de la première topique mais une partie de l'ancien inconscient ne se retrouve pas dans le ça. Le ça se définit néanmoins comme le pôle pulsionnel de l'appareil psychique et, comme pour l'inconscient de la première topique, les lois qui le régissent sont les processus primaires et le principe de plaisir. Le moi est le pôle défensif de l'individu, comparable au cavalier qui conduit son cheval là où il veut aller.

La reconnaissance par Freud de la partie inconsciente du moi est une avancée théorique essentielle. D'autres courants, ceux représentés par

M. Klein et K. Horney, conserveront l'inconscient au centre de leur préoccupation, tout en déplaçant leur attention du côté de la relation archaïque à la mère, au détriment de la sexualité et du pôle paternel. En 1953, dans sa conférence sur le symbolique, l'imaginaire et le réel et dans « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », J. Lacan développera une conception radicalement différente de l'inconscient, appuyée sur la théorie du signifiant, c'est-à-dire en donnant la primauté au langage. Il fera émerger dans le sillage du ça, la venue d'un « je » (ou sujet de l'inconscient) distinct du moi. La formule lacanienne selon laquelle « l'inconscient (serait) structuré comme un langage » (séminaire « Encore », 1971-1972) sera contestée par J. Laplanche qui renverse la phrase, estimant plutôt que « l'inconscient (serait) la condition du langage ».

1.1 Pulsion

Force vive de l'inconscient, la pulsion est un processus dynamique consistant en une poussée – échange énergétique, facteur de motricité – qui fait tendre l'organisme vers un but. En allemand, il existe deux termes, *Instinct* et *Trieb*, pour désigner cette notion. Certains auteurs emploient les termes indifféremment. D'autres attribuent la notion d'*Instinct* à un comportement fixé de façon héréditaire et apparaissant de façon identique chez tous les individus d'une même espèce tandis que *Trieb* fait surtout apparaître le caractère irrépressible de la poussée plutôt que la fixité du but et de l'objet. Chez Freud, les deux termes se retrouvent et de nombreux traducteurs emploient d'ailleurs les termes instinct de vie/instinct de mort plutôt que pulsion. Le terme *Trieb* apparaît chez Freud en 1905 dans les *Trois essais sur la sexualité*. Il s'agit des forces internes qui apportent un flux d'excitation auquel l'organisme ne peut échapper. Freud s'appuie sur l'étude des perversions et sur la sexualité infantile pour l'évoquer. Il montre la multiplicité des sources pulsionnelles et introduit la notion de pulsion partielle qui ne se subordonne qu'à la zone génitale.

La théorie des pulsions chez Freud est dualiste. Le premier dualisme invoqué est celui des pulsions sexuelles, dont le terme « libido » désigne les manifestations dynamiques, et des pulsions du moi, ou d'autoconservation, celle relatives aux besoins indispensables de l'individu (la faim, la fonction

alimentaire). Les conflits des pulsions sexuelles et des pulsions du moi est le sens du conflit névrotique. Le refoulement résulte de la prédominance des pulsions du moi. Mais, en faisant progresser sa pensée, Freud constate entre 1911 et 1914 que certaines tendances qu'il avait attribuées aux pulsions du moi, sont plutôt de nature libidinale. Il décide alors de remanier sa théorie. Apparaît ainsi, en 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, le second dualisme pulsionnel qui oppose maintenant pulsion de vie et pulsion de mort. Les deux grands types de pulsions sont alors envisagés moins comme des motivations concrètes du fonctionnement de l'organisme que comme des principes fondamentaux réglant l'activité de ce dernier. La conception de la pulsion conduit à un éclatement de la notion classique d'instinct. L'hypothèse des pulsions de mort a rencontré des réserves de la part de nombreux psychanalystes.

1.2 Topique

La notion de topique est présente chez Freud dès l'*Esquisse psychanalytique* en 1895. Elle est la conséquence de ses idées sur l'histoire et sur les temps successifs de construction de l'appareil psychique. On parle de topique pour désigner des territoires psychiques obéissant à des lois processuelles différentes. La métapsychologie freudienne distingue ainsi trois points de vue distincts : les points de vue topique, économique et dynamique.

La première configuration spatiale que Freud envisage de l'appareil psychique – première topique – distingue, comme vu plus haut (notion 4) :

- conscient ;
- préconscient ;
- inconscient.

Cette première manière de se représenter le système psychique apparaît dans le chapitre VII de *L'Interprétation des rêves* et ce modèle sera soutenu par Freud jusqu'en 1920.

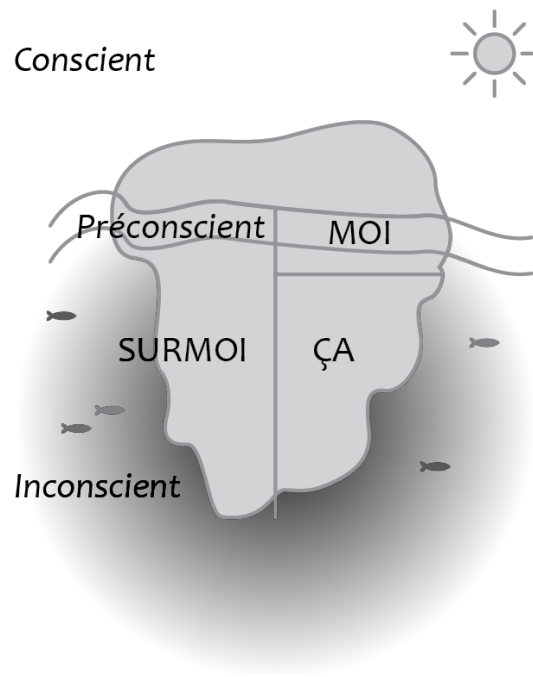


Figure 1.1 – Métaphore des topiques freudiennes

La seconde configuration des instances psychiques, établie à partir de 1920 – seconde topique (notion 7) – va distinguer :

- Ça ;
- Moi ;
- Surmoi.

On notera que le terme « instance », à connotation dynamique et structurale, y remplace celui de « système ». Les instances sont relativement autonomes, même si elles sont liées par des relations de dépendance. Le Moi et le Surmoi sont en partie inconscients. Le Ça est le pôle pulsionnel mais il est bridé en partie par le Surmoi et par le Moi, ce dernier servant trois maîtres à la fois : la réalité, le Surmoi et le Ça. Ce sont les processus pulsionnels de déliaison qui sont soulignés dans cette seconde topique. Elle ne remplace pas la première, elle se dialectise avec elle, c'est-à-dire qu'elle complexifie le premier modèle sans toutefois le rendre caduque.

Freud dira de la première topique qu'elle a été descriptive, de la seconde qu'elle a une valeur systématique. Certains psychanalystes décrivent des modes de fonctionnement selon la première topique, d'autres se rallient davantage à la seconde. Ce sont des modes d'organisations différents plus

que des modèles métapsychologiques. Avec la seconde topique, ce sont les processus pulsionnels de déliaison qui sont soulignés. Dans l'*Abrégé de psychanalyse* (1938) Freud invitera à penser avec les deux topiques qui se trouvent l'une et l'autre dans la considération de la conflictualité : conflit entre pulsion libidinale et pulsion d'autoconservation dans la première, entre pulsion de vie et pulsion de mort dans la seconde. L'histoire du mouvement psychanalytique donne deux lectures de cette seconde topique. L'une accentue le Moi au détriment du Ça et donne naissance à l'*ego psychology*. L'autre privilégie le Ça pour repenser le statut du Moi. C'est le cas pour les tenants de la *self psychology*, pour les psychanalystes kleinien qui parlent de Moi archaïque et pour Lacan qui considère le Moi comme un objet particulier à l'intérieur du sujet, cet objet remplissant une fonction particulière en rapport étroit avec des phénomènes, d'illusion, de captation et de leurre. On désigne aussi du nom de topique, la trilogie lacanienne du symbolique, de l'imaginaire et du réel.

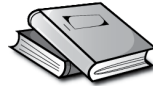
Exemple

Dans son *Introduction à la psychanalyse*, Freud donne de nombreux exemples de la vie quotidienne forgeant son hypothèse de l'inconscient. Par exemple, cet acte manqué :

« Celui qui s'est souvent trouvé dans un cas pénible de ne pas pouvoir retrouver un objet qu'il avait lui-même rangé ne voudra pas croire qu'une intention quelconque préside à cet accident. Et pourtant, les cas ne sont pas rares où les circonstances accompagnant un oubli de ce genre révèlent une tendance à écarter provisoirement ou d'une façon durable l'objet dont il s'agit. Je cite un cas : [...] Un homme encore jeune me raconte que des malentendus s'étaient élevés il y a quelques années dans son ménage : "Je trouvais, me disait-il, ma femme trop froide, et nous vivions côte à côte, sans tendresse, ce qui n'empêchait d'ailleurs pas de reconnaître ses excellentes qualités. Un jour, revenant d'une promenade, elle m'apporta un livre qu'elle avait acheté, parce qu'elle croyait qu'il m'intéresserait. Je la remerciai de son "attention" et lui promis de lire le livre que j'ai mis de côté. Mais il arriva que j'oubliai aussitôt l'endroit où je

l'avais rangé. Des mois sont passés pendant lesquels, me souvenant à plusieurs reprises du livre disparu, j'avais essayé de découvrir sa place, sans jamais y parvenir. Six mois plus tard environ, ma mère que j'aimais beaucoup tombe malade, et ma femme quitte aussitôt la maison pour aller la soigner. L'état de la malade devient grave, ce qui fut pour ma femme l'occasion de révéler ses meilleures qualités. Un soir, je rentre à la maison, enchanté de ma femme et plein de reconnaissance à son égard pour tout ce qu'elle a fait. Je m'approche de mon bureau, j'ouvre sans aucune intention définie, mais avec une assurance toute somnambulique, un certain tiroir, et la première chose qui me tombe sous les yeux est le livre égaré, resté si longtemps introuvable." Le motif a disparu, l'objet cesse d'être introuvable » (p. 57-58).

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

CASTETS, P. (2015). Inconscient. In S. Contou-Terquem (dir.), *Dictionnaire Freud* (p. 469-474). Paris : Robert Laffont.

FREUD, S. (1905). Trois essais sur la sexualité. In *Œuvres Complètes VI* (p. 59-181). Paris : PUF.

FREUD, S. (1915a). Pulsions et destin des pulsions. In *Œuvres complètes XIII* (p. 161-201). Paris : PUF.

FREUD, S., (1915b). L'inconscient. In *Œuvres complètes XIII* (p. 202-258). Paris : Gallimard.

FREUD, S. (1916-1917). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001.

FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (éd. 1981, p. 41-115). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1968.

ROUDINESCO, E. et PLON, M. (1997). « Inconscient », « Pulsion », « Topique ». In *Dictionnaire de la psychanalyse* (p. 489-493, p. 855-861, et p. 1056). Paris : Fayard.

ROUX, A. (2015). Topiques. In CONTOU-TERQUEM, S., *Dictionnaire Freud* (p. 996-999). Paris : Robert Laffont.

WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Trad. fr., Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1975.

Pour approfondir

ANDRÉ, J. et al., (2014). *Le Moi, cet incorrigible*. Paris : PUF.

FREUD, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. In *Œuvres complètes XVI* (p. 255-301). Paris : PUF.

FREUD, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. In *Œuvres complètes XX* (éd. 1910, p. 225-305). Paris : PUF.

LACAN, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In *Écrits* (éd. 1966, p. 237-322). Paris : Seuil.

LACAN, J., (1954-1955). Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. In *Le Séminaire, livre II*. Paris : Seuil.

2. La pulsion

La pulsion (*Trieb*) est un « concept fondamental » de la psychanalyse (Freud, 1915, p. 164). « Concept », car sa raison d'être est théorique : la pulsion n'est jamais observée cliniquement, mais « conçue » au fondement d'une cohérence théorique. « La doctrine des pulsions », dira Freud, « est, pour ainsi dire, notre mythologie » (1933, p. 178).

Car « fondamental » ne signifie pas « originaire » : la théorie freudienne a fait ses premiers pas sans elle. La pulsion occupe ainsi dans la théorie psychanalytique une place comparable à celle de la loi dans les sociétés humaines : à chaque instant « au fondement », mais historiquement changeante, et ne faisant souvent qu'entériner après coup des transformations sociales (respectivement : théoriques) qui se sont opérées

sans elle, voire malgré elle. Ce qui explique ses évolutions, depuis la « pulsion sexuelle » de 1905 jusqu'à la déroutante « pulsion de mort » de 1920 (notion 7).

Nous nous limiterons ici à rappeler comment s'est élaboré peu à peu ce concept théorique jusqu'en 1915.

2.1 L'ancrage biologique

Trieb, en allemand, est un terme ancien et usuel, désignant toute poussée, toute incitation au mouvement : par exemple, la « pousse » d'une plante en train de se développer, ou le « pignon » d'un mouvement d'horlogerie. Au XIX^e siècle, la biologie, puis la psychiatrie et la sexologie désignent par convention l'origine des comportements reproducteurs animaux et humains comme *Sexualtrieb* : un « instinct sexuel », supposé plus que démontré. Des philosophes (Fichte, Hegel, Nietzsche) concevaient déjà l'esprit humain comme un système de *Triebe* (« tendances ») contradictoires.

C'est en étudiant l'aphasie (« Contribution à la conception des aphasies », 1891) que Freud, neurologue de formation, emprunte à la psychologie la notion de *représentation* (notion 3). L'idée d'un *réseau de représentations* reliées entre elles, et offrant plus d'un moyen « associatif » de parcourir le même chemin, à la manière d'un réseau routier, définit le modèle définitif de « l'appareil psychique » freudien.

Ce réseau a vocation à être *parcouru* : les phénomènes psychiques, conscients ou non, s'inscrivent comme des mouvements, des trajets dans cet « appareil psychique ». Il lui faut donc un véhicule de transport, sur le modèle de l'influx nerveux, conçu comme une *énergie quantifiable* en mouvement. À mesure que Freud se dégage du modèle neurologique, cette énergie n'est plus matérialisée par l'influx nerveux, mais par *l'affect*, conçu comme une « excitation motrice » (notion 3) d'origine interne. Cette excitation ne peut toutefois être spontanée : il faut lui supposer une source. Freud aura procédé ici en deux temps.

Dans un premier modèle jamais publié (« Projet d'une psychologie », 1895), il suppose que le système (encore « nerveux » ici) « reçoit des stimuli [...] endogènes, qui [...] proviennent des cellules corporelles et produisent les grands besoins, faim, respiration, sexualité. » (2006, p. 605). Le principe d'une *source endogène constante d'excitation d'origine*

biologique fournit à la future pulsion un premier repère théorique : il lui faudra encore dix ans pour être définie comme « sexuelle ».

2.2 Le fondement sexuel

En 1895, Freud est déjà convaincu, après son séjour à Paris auprès de Charcot, de l'origine « sexuelle » de l'hystérie. Plus précisément, il est convaincu, contrairement au psychologue français Pierre Janet, que la névrose hystérique ne résulte pas d'un « rétrécissement du champ de conscience » d'origine génétique, mais d'un mécanisme psychique actif, dynamique, de **refoulement** (notions 4 et 11) d'un souvenir « sexuel », marqué d'affect, devenu « inconciliable » avec la cohérence du système représentatif.

Mais il croit encore que la sexualité humaine n'apparaît qu'à la puberté : une « théorie de la séduction » (1895) décrit le retour pubertaire d'un souvenir infantile dont la nature sexuelle n'apparaît qu'après coup, entraînant son refoulement. Avec l'abandon de cette théorie, en 1897, il envisage, dans une célèbre lettre adressée à W. Fliess (2006, p. 335), que ce souvenir ne soit pas réel, mais reconstruit : un « **fantasme** » (aujourd'hui souvent traduit par « fantaisie »). Simultanément, il creuse la piste d'une sexualité qui naîtrait dès l'apparition de la vie psychique, à travers une *recherche de plaisir*, originellement « autoérotique », prélevée sur le corps propre : cette poussée indomptable vers un plaisir ne satisfaisant aucun autre besoin vital sera alors qualifiée de « pulsion sexuelle ».

Elle est définie, un peu par ruse, dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905) comme une évidence déjà reçue par le monde scientifique : « Le fait qu'il existe chez l'être humain et chez l'animal des besoins sexuels, on l'exprime en biologie en faisant l'hypothèse d'une “pulsion sexué” [*Sexualtrieb*] » (1905, p. 67).

En réalité, elle conjoint deux postulats théoriques : l'existence d'une source endogène constante d'excitation psychique, d'origine biologique et, en cela assimilable à un instinct programmé ; mais aussi l'extension implicite du « sexuel » à la recherche de plaisir, considérée comme l'effet majeur d'un « principe de plaisir » (notion 4) régissant la vie psychique : une simple « poussée », impérative mais sans programme.

Freud affirme bien sa finalité procréatrice – et donc instinctuelle. Mais, au vu de ses premières expressions spontanément perverses chez l'être humain, ce programme supposé se voit en réalité subordonné à tout un *travail psychique* préalable, sans garantie de résultat : il résulte d'une expérience vécue, d'une mémoire et d'une élaboration inconsciente, où toute source de plaisir fait d'abord office d'objet pulsionnel (notion 6). La pulsion est en effet démultipliée en autant de sources corporelles primitives, dites « zones érogènes » (*ibid.*, p. 102). Partiellement aléatoires, trois d'entre elles ne feront jamais défaut : la bouche, puis l'anus et, enfin, plus tardivement, l'organe génital.

L'unification de ces « pulsions partielles » sous le primat de cet organe génital retrouve en conclusion une idée plus habituelle de la sexualité. Elle ne résulte pourtant pas d'un instinct programmé, mais d'une réorientation complexe et aléatoire des sources et des objets de plaisir, où il n'est plus du tout certain que la visée procréatrice joue un rôle si déterminant : « Ce qui constitue l'issue du développement, c'est la vie sexuelle dite normale de l'adulte, où l'acquisition de plaisir est entrée au service de la fonction de reproduction et où les pulsions partielles, sous le primat d'une unique zone érogène, ont constitué une solide organisation afin d'atteindre le but sexuel dans un objet étranger » (*ibid.*, p. 133-134).

2.3 Définition et coordonnées

La pulsion reçoit en 1915 sa définition spécifique, simultanément dans une réédition des *Trois essais* où elle figure comme « représentance psychique d'une source de stimulus intrasomatique à l'écoulement continu [...] ». Pulsion est donc un des concepts de délimitation entre l'animique [= « psychique »] et le corporel » (1905, p. 101-102), et dans « Pulsions et destins de pulsions », où elle est excellemment définie comme « mesure de *l'exigence de travail* [nous soulignons] qui est imposée à l'animique [= « psychique »] par suite de sa corrélation avec le corporel » (1915, p. 167) : son expression psychique fondamentale est en effet de constituer une excitation permanente en quête d'écoulement par les meilleures voies, quelles qu'elles soient.

Dans le même article, Freud en précise le concept par quatre « coordonnées » applicables à toute pulsion, partielle ou unifiée :

- a) La *poussée*, considérée comme une « propriété générale », contenue dans le terme même *Trieb* : « Toute pulsion est un morceau d'activité » (*ibid.*, p. 167) ;
- b) Le *but*, qui « est toujours la satisfaction », mais peut être poursuivi par des voies diverses, incluant les modalités perverses (sadisme, masochisme, voyeurisme, exhibitionnisme) ;
- c) L'*objet* (notion 6), qui est le moyen de la satisfaction, et surtout, on l'a vu, « ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion » : partie du corps propre ou d'un corps étranger, mais aussi bien une autre personne, appréhendée dans sa totalité ;
- d) La *source*, conçue comme « processus somatique » corporel générant le stimulus psychique pulsionnel.

2.4 Dualité pulsionnelle

Toute la genèse théorique de la pulsion freudienne s'est dessinée autour de la question sexuelle. Lorsque Freud use du seul terme de « pulsion », il pense à la pulsion sexuelle, au creuset de la métapsychologie psychanalytique.

Toutefois, sa théorie s'articulant autour d'une dynamique du *conflit* psychique, il était nécessaire de désigner une autre poussée constante fondamentale, aux visées parfois contradictoires. Elle sera officiellement désignée en 1908, sous le nom de « **pulsion d'autoconservation** », et en 1910, comme « pulsion du moi ». On n'en connaîtra d'abord que deux caractères : sa manifestation originelle est la faim, et le nourrissage, générateur de plaisir, fournira à la pulsion sexuelle un premier « étayage » – conduisant notamment au suçotement, pure activité sexuelle de plaisir.

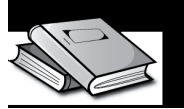
D'autres développements, à partir de 1911, concernant cette « pulsion du moi », suivent le développement du *moi* (notion 5), qui devait conduire Freud vers une nouvelle dualité pulsionnelle, articulant *Éros* et *pulsion de mort* (notion 7).

Pour s'exercer

1. En quoi l'instinct de reproduction concerne-t-il la pulsion sexuelle freudienne ?

2. L'amour sexué, même platonique, peut-il être réduit entièrement à la pulsion sexuelle, d'un point de vue psychanalytique ?
 3. Tout plaisir est-il pulsionnel et sexuel pour Freud ?
- Rédigez vos réponses avant de consulter les corrigés ici.
-

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. In *Œuvres complètes VI* (éd. 2006, p. 59-182). Paris : PUF.

FREUD, S. (1915). Pulsions et destins de pulsions. In *Métapsychologie, Sigmund Freud – Œuvres complètes XIII* (éd. 1988, p. 161-185). Paris : PUF.

Pour approfondir

FREUD, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : PUF, 1983.

FREUD, S. (1895). Projet d'une psychologie. In *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904*, Paris : PUF. Ou *Esquisse d'une psychologie scientifique*. In *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956 (il s'agit du même texte).

LACAN, J. (1963-1964). *Le Séminaire XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil, 1973.

3. Représentation et affect

Aux origines de la psychanalyse, Freud eut d'abord recours aux notions psychologiques de représentation (*Vorstellung*) et d'affect (*Affekt*). Son « appareil psychique » est d'abord conçu comme un espace théorique virtuel ne contenant que des « représentations », diversement associées entre elles, et soumises à des forces psychiques se manifestant comme excitation : les « affects ».

La simplicité de ce schéma va toutefois connaître des évolutions. Nous en retracerons ici les grandes étapes jusqu'en 1915, où, à l'occasion de sa « Métapsychologie », Freud en fixe durablement le contenu. Pour simplifier l'exposé, nous traiterons séparément de ces deux notions, sans oublier qu'elles coexistent étroitement dans sa conception de l'appareil psychique.

3.1 La représentation : un « reste d'impression »

Freud reste discret sur la définition de la « représentation ». Il faut remonter en 1891, dans son article « Contribution à la conception des aphasies », pour trouver ce qui y ressemble le plus : « Ces représentations sont des restes d'impressions, qui ont été amenées par la voie des nerfs visuels et auditifs, ou qui se sont formées au cours des mouvements du langage comme sensation d'innervation ou comme perception du mouvement effectué » (Freud, 1891, p. 94).

Ce n'est pas par hasard que cette définition ne concerne que les représentations « avec lesquelles œuvre la fonction du langage », mise en défaut dans l'aphasie. La référence au mot (« représentation de mot ») restera en effet pour lui, d'un bout à l'autre de son œuvre, l'illustration la plus sûre de cette notion, qu'il se voit pourtant déjà contraint à étendre à celle de « représentation d'objet » – future « représentation de chose » –, aux origines sensorielles les plus diverses.

La représentation est ainsi le **souvenir** d'une impression issue de la **perception** : en ce sens, elle constitue la mémoire fixe, sous forme de trace, d'un processus éphémère. Cette mémoire prend part à la vie psychique, consciemment ou non, dès qu'elle est à nouveau investie.

Exemple

Il suffit qu'elle soit sollicitée par une perception actuelle : l'odeur de la mer fait ressurgir des sensations de plage et de sable ; le célèbre goût de la madeleine de Proust fait renaître pour le narrateur toute sa vie d'enfance à la campagne ; la redécouverte d'un jouet d'enfance oublié rappelle le moment du cadeau, des

partenaires de jeux depuis longtemps perdus de vue, et réveille d'anciens affects.

Même en l'absence de perception, toute rêverie, diurne ou nocturne, réactive des représentations mémorisées, et les agence d'une façon nouvelle, plus ou moins réaliste, souvent guidée par des fantasmes sous-jacents : les scènes sont inventées, mais leurs éléments constitutifs sont tous des traces de perceptions déjà vécues.

Ce processus de résurgence en série est un des leviers fondamentaux de la vie psychique. Il rend notamment compte du phénomène hallucinatoire, lorsque le souvenir est réinvesti avec une telle force qu'il se présente à nouveau comme une perception actuelle, en dépit de toute réalité.

3.1.1 Le problème de la « représentation de chose »

Une difficulté est posée par *l'unité psychique* impliquée par le terme « représentation ». Si le mot du langage désigne par nature une unité (conceptuelle), où commence et où finit la « représentation de chose » ? Quand et comment se distingue par exemple la représentation de chose « bouche » de la représentation de chose « sein » ?

En vertu de leur association par simultanéité, elles seront souvent traitées comme « groupe » ou « complexe » de représentations. Mais le problème de leur distinction psychique demeure. Freud proposera en 1915 une répartition théorique désormais officielle : « La représentation consciente comprend la représentation de chose plus la représentation de mot afférente, l'inconsciente est la représentation de chose seule. Le système Ics contient les investissements de choses des objets, les premiers et véritables investissements d'objet ; le système Pcs apparaît, du fait que cette représentation de chose est surinvestie de par la connexion avec les représentations de mot lui correspondant » (1915b, p. 240). Ce lien des deux types de représentation est prioritairement endommagé, rompu ou suspendu, dans toute pathologie mentale, névrose ou psychose (voir chapitre 4).

Cependant, à partir de la seconde topique en 1923, la « représentation de chose » disparaît du vocabulaire freudien, signe que son statut théorique n'aura jamais été pleinement satisfaisant.

3.2 Représentation d'objet ou de pulsion ?

Avec l'introduction théorique de la pulsion (1905, notion 2), la notion de *représentation* n'est plus seulement une composante unitaire de perception sensorielle de l'objet, et la sonorité ou la calligraphie d'un mot qui lui est associé : ces origines extérieures, qui ont présidé à sa création psychique, sont désormais relayées par l'**origine essentiellement interne** de son investissement par la pulsion.

La pulsion se manifeste dans l'appareil psychique uniquement par l'investissement des représentations (et par les affects ressentis, voir ci-dessous). On peut donc considérer que toute représentation sollicitée psychiquement constitue, surtout en l'absence de perception actuelle de l'objet, ce que Freud appelle une « représentance » (*Repräsentanz* et non plus *Vorstellung*) de la pulsion : à ce titre, elle peut notamment connaître le destin du refoulement.

3.3 L'affect : une « somme d'excitation »

La notion d'« affect » sera considérablement remaniée par l'apparition de la pulsion dans la théorie freudienne. Avant 1905, en effet, on peut considérer qu'elle en tient lieu : le terme allemand *Affekt* met l'accent sur une quantité, désignant, plus que le sentiment, l'état passionnel ou le choc émotif. Freud utilise d'emblée cette connotation quantitative : « [...] quelque chose est à différencier (montant d'affect, somme d'excitation) qui a toutes les propriétés d'une quantité [...] et] qui s'étend sur les traces mémorielles des représentations, un peu comme une charge électrique sur la surface des corps » (1894, p. 17-18).

L'affect désigne donc d'abord à lui seul cette « charge d'énergie » qui stimule la représentation psychique et sera plus tard qualifiée de *libido* pulsionnelle. C'est pourquoi il est d'abord envisagé exclusivement sous une forme négative, perturbante, voire « traumatique », contradictoire avec le principe de plaisir (notion 4). Un premier réaménagement, dans

L'Interprétation du rêve, conduira Freud à le définir comme « une opération motrice ou sécrétoire, dont la clé d'innervation réside dans les représentations de l'Ics » (1900, p. 637) : il aura donc été « de plaisir », avant de se transformer en « déplaisir » sous l'effet du refoulement.

3.4 Plaisir ou déplaisir ?

Cela ne résout que partiellement l'ambiguïté fonctionnelle qui régnera toujours sur l'affect : en tant que « décharge » (sécrétion), il devrait satisfaire au principe de plaisir. Mais il semble surtout traité par l'appareil psychique comme une « charge » constante, inépuisable, dont il ne reste plus qu'à refouler les représentations associées. Ce paradoxe révèle l'importance inaperçue de sa dimension qualitative : c'est sans doute moins par sa quantité que par sa *signification* (sexuelle), et les contradictions de celle-ci avec l'ensemble de l'organisation psychique, que l'affect peut ainsi se révéler un perturbateur durable du principe de plaisir.

Freud n'a jamais reconnu ce paradoxe, mais on observe qu'à partir de 1905, il fera un usage toujours plus mesuré – et toujours plus qualitatif – de cette notion d'affect. Jusqu'ici omniprésente, elle se voit alors réduite à n'être qu'un des deux modes d'expression de la pulsion, avec la représentation : désormais, l'affect qualifiera surtout un *investissement libidinal de l'objet*, marqué d'ambivalence.

Exemple

Cliniquement, l'affect est plus simple à éprouver qu'à définir : à l'écoute de telle phrase, à la vue de tel spectacle, je ressens sans le moindre doute un éprouvé, qui se traduit souvent par une mobilisation corporelle – battement de cœur, souffle coupé, sensation d'oppression ou d'allègement, réaction motrice, etc.

Il arrive que la situation suggère immédiatement l'affect qu'exprime cet éprouvé : angoisse, amour, haine, compassion, jalousie, joie, douleur, etc. Plus souvent, c'est une tonalité diffuse, un sentiment global de plaisir ou de déplaisir, en attente de sa désignation exacte. Parfois, c'est seulement un trouble, dont

l'intensité ne révèle pas la nature : l'effet affectif d'une œuvre d'art peut être puissant, immédiat, mais tout à fait énigmatique.

3.5 La théorie de l'affect

Cette évolution trouvera, comme la représentation, sa définition théorique en 1915 : « [...] quelque chose d'autre, qui représente la pulsion, entre en considération à côté de la représentation [...] : le montant d'affect [...] ; il correspond à la pulsion, en tant qu'elle s'est détachée de la représentation, et trouve une expression, conforme à sa quantité, dans des processus qui se signalent à la sensation sous forme d'affects » (1915a, p. 195).

L'affect est donc toujours une *quantité*, mais elle se manifeste *qualitativement* à la conscience, à l'instar de la lumière, dont la couleur (qualité) reflète une longueur d'onde (quantité). Son lien avec la représentation est devenu complexe : elle en demeure normalement le support, mais il peut aussi surgir hors représentation (consciente), émanant alors directement de l'inconscient, sous forme d'angoisse « sans objet ».

S'il est de sa nature d'être ressenti, donc conscient, on peut par convention parler d'affect inconscient, notamment pour désigner celui qui émane d'une représentation refoulée : « [...] des représentations sont des investissements – au fond, de traces mnésiques – tandis que les affects et sentiments correspondent à des processus d'éconduction, dont les manifestations dernières sont perçues comme sensations » (1915b, p. 217-218). Seule une représentation peut être **refoulée** : son affect associé demeure alors en souffrance, attendant sa décharge, et c'est de cette issue que dépend le succès du refoulement.

Son paradoxe économique reste donc entier. Freud cherchera à le résoudre par la suite en renouvelant entièrement sa théorie de l'affect d'angoisse (*Inhibition, symptôme et angoisse*, 1926, notion 10). Mais lui-même reste sceptique : « L'angoisse est donc en premier lieu quelque chose de ressenti. Nous l'appelons état d'affect, bien que nous ne sachions pas non plus ce qu'est un affect » (1926, p. 247) !

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1894). Les névropsychoses de défense. In *Œuvres complètes III* (éd. 1989, p. 1-18). Paris : PUF.

FREUD, S. (1900). L'Interprétation du rêve. In *Œuvres complètes IV* (éd. 2003, p. 8-704). Paris : PUF.

FREUD, S. (1915a). Le refoulement. In *Œuvres complètes XIII* (éd. 1988, p. 187-201). Paris : PUF.

FREUD, S. (1915b). L'inconscient. In *Œuvres complètes XIII* (éd. 1988, p. 203-242). Paris : PUF.

FREUD, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. In *Œuvres complètes XVII* (éd. 1992, p. 205-286). Paris : PUF.

Pour approfondir

FREUD, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : PUF, 1983.

GREEN, A. (1973). *Le discours vivant*. Paris : PUF.

LACAN, J. (1962-1963). *Le Séminaire*, livre X, *L'Angoisse*. Paris : Seuil, 2004.

4. Économie psychique et première topique

Selon la métapsychologie freudienne, ce qui se présente, à l'observation clinique et à la conscience, comme phénomène *qualitatif* (pensée, symptôme, etc.) peut être ramené à la circulation d'une *quantité* (dynamique) soumise aux lois (économiques) de la structure (topique) où elle circule. La pulsion (notion 2) et ses destins psychiques (voir chapitre 2) représentent le point de vue dynamique.

Le **point de vue « économique »** (de *oikos*, « maison », et *nomos*, « ordre » : « ordre de la maison »), suppose une topique, c'est-à-dire un réseau structuré de représentations (notion 3), qui est en partie né de la pulsion, mais qui peut en retour la contraindre. La circulation de l'énergie

pulsionnelle (libido) dans « l'ordre de la maison psychique » est alors soumise à des lois, dites économiques – tout comme celles qui régissent la production et les échanges de biens et services sur un territoire donné. C'est cette économie qui traduit en « signification » ce qui n'est, dans la théorie, que quantité en mouvement.

Ce « territoire » psychique est bien sûr une fiction théorique, une métaphore spatiale permettant la formulation scientifique. Calqué à l'origine sur le système nerveux, il s'en détachera rapidement, mais Freud le structure néanmoins à partir des mêmes lois économiques : sa « première topique » est donc le reflet direct de ces lois.

4.1 Première loi économique : le principe de constance (et/ou d'inertie), loi universelle

Pour traduire en circulation de quantité le processus qualitatif du refoulement, Freud pose dès 1895 (*Projet d'une psychologie*) un premier postulat, fondamental, de l'économie psychique, par analogie avec l'arc réflexe : selon le « principe d'inertie », tout élément psychique investi d'énergie tend spontanément à s'en décharger.

Toute énergie n'est reçue passivement que pour être activement renvoyée : ce serait la raison d'être de tout processus psychique, qui vise toujours, en dernière instance, l'éconduction de l'énergie reçue. Ce principe implique une médiation, dont seront déduites les lois suivantes. On a souvent fait observer que le futur « principe de nirvana » (1924) associé à l'hypothèse de la pulsion de mort (1920) (voir notion 7) renvoie à la même idée d'une décharge « totale ».

Ce n'est d'ailleurs qu'en 1920, le texte du « Projet » n'ayant jamais été publié, que Freud introduit officiellement ce principe originel, sous le nom de « principe de constance » : l'ensemble du système psychique tend à maintenir son énergie *au niveau le plus bas*.

4.2 Deuxième loi économique : le principe de plaisir (et/ou de déplaisir), loi de l'inconscient

La première application, et de loin la plus importante, du principe de constance, est le « principe de plaisir », imposant que la satisfaction de la pulsion soit obtenue par les voies *les plus courtes*. Ces voies sont tracées par la mémoire du réseau des représentations : une première expérience réelle de satisfaction ayant été mémorisée, lorsque la même exigence se répétera, l'excitation suivra le chemin des représentations en mémoire, et conduira mécaniquement au même mode de décharge.

Freud admet ainsi que la première satisfaction pulsionnelle obtenue psychiquement par les voies du principe de plaisir est *hallucinatoire*, par réinvestissement de la représentation associée à cette satisfaction – par exemple le sein maternel, dans le cas de la faim. Ce réinvestissement, constituant en lui-même la décharge d'énergie, équivaut alors à la présence réelle de ce qui est représenté. Cette hypothèse fondamentale de l'« hallucination primaire », plusieurs fois réaffirmée par Freud, constitue l'illustration la plus pure du principe de plaisir.

Plus généralement, ce procès mécanique menant à une « identité de perception » définira le « **processus primaire** ». Indifférent aux critères de temps et de contradiction, il est caractéristique de l'inconscient de la première topique (1900), où la circulation de l'énergie est dite « libre » ou « déliée ». Il est également à l'œuvre dans les mécanismes du rêve adulte : la condensation, et le déplacement.

Cas clinique

Une jeune patiente raconte son rêve de la nuit : « J'étais assise dans le jardin de ma maison d'enfance, en face d'une femme inconnue, mais que je semble connaître très bien dans le rêve. Elle avait à peu près l'âge de ma grand-mère, mais habillée très "jeune"... un peu comme fait ma mère. Mais là c'était vraiment très très jeune, tee-shirt et jeans baskets ! En vous le racontant, je m'aperçois combien c'était ridicule, mais pendant le rêve, non, pas du tout. Ce qui m'intriguait, ce que je trouvais vraiment déplacé, c'est qu'elle avait en plus un piercing... [Elle éclate de rire]... un piercing ! Et juste à la narine droite, comme ma sœur ! Et elle tenait à la main une maquette d'avion, elle n'arrêtait pas de la toucher, de jouer avec... Complètement débile ! Et en vous en

parlant, je la connais, cette maquette : c'est celle qui était dans le bureau de mon père, dans une vitrine, même que je m'étais fait gronder un jour où j'avais voulu la prendre pour jouer avec... »

Cette femme « inconnue » du rêve est une condensation des trois femmes les plus proches du père (sauf la patiente), tenant à la fois de sa propre mère, de son épouse et de son autre fille. Et cette maquette d'avion est un déplacement figurant le père lui-même, à travers un objet lui appartenant spécifiquement. Un rêve figurant peut-être un désir de petite fille de se rapprocher de son père, de « jouer » avec lui, de le « toucher » ? Mais avec cette réalité qui s'impose : elle n'est pas la seule « femme », sa relation au père ne peut être exclusive, elle doit partager. Le plaisir de vouloir le « prendre » pour elle entraînerait le déplaisir des représailles – être « grondée ». Ainsi, nous ne pouvons considérer les mécanismes du rêve comme au service d'un principe de plaisir qui ne serait pas que plaisir. Les associations permettront à la patiente d'être davantage consciente de ses conflits intérieurs et de les élucider davantage.

Pourquoi « de plaisir » ? Freud prend ici une option théorique décisive, et problématique, en l'associant d'emblée à une variation de quantité d'énergie : le déplaisir serait la traduction psychique, ressentie, d'une augmentation d'excitation dans l'appareil psychique dépassant un certain seuil, tandis que le plaisir correspondrait à la « sensation d'éconduction » (1895, p. 620) de sa décharge.

« Plaisir » ne désigne donc chez Freud aucun hédonisme, aucune recherche de volupté, mais la fin d'une excitation, qui serait toujours source de « déplaisir » pour l'appareil psychique. Ce principe sera d'ailleurs désigné, dans *L'Interprétation du rêve*, plus justement, comme “principe de déplaisir” (1900a, p. 656). Pourtant, la satisfaction hallucinatoire, ou auto-érotique, tout comme les « plaisirs préliminaires » au coït ou la satisfaction masochiste semblent à l'évidence trouver du plaisir, à l'inverse, dans une excitation entretenue, voire intensifiée. Freud tentera à plusieurs reprises d'ouvrir des pistes de réflexion, surtout après 1920, pour résoudre cette difficulté théorique, sans jamais y parvenir.

4.3 Troisième loi économique : le principe de réalité, loi du préconscient

La satisfaction issue de l'hallucination primaire est-elle illusoire ou réelle ? Le modèle freudien implique qu'en termes de plaisir, c'est-à-dire de décharge, elle est totale, du point de vue de la pulsion sexuelle. Mais la faim réelle, c'est-à-dire la pulsion d'auto-conservation, n'y est en rien satisfaite. Freud en conclut, non sans ambiguïté, que cette satisfaction est donc partielle, et exige un nouveau « travail », menant au nourrissage réel : c'est tout le problème d'une adaptation psychique des exigences pulsionnelles à la réalité du « monde extérieur », que le seul principe de plaisir est dans l'incapacité de garantir.

Freud est convaincu en effet que l'être humain est *objectivement* conduit à se soumettre à la réalité, mais qu'il est dans le même temps *subjectivement* conduit à n'en faire aucun cas. Comment cette nécessité objective peut-elle trouver les moyens psychiques de se subjectiver – au risque, sinon, de tomber dans la maladie ? Cette question parcourt en filigrane toute l'œuvre freudienne : elle résume à elle seule l'essence du « conflit psychique ».

Il suppose donc qu'une part de l'appareil psychique, une instance différenciée, se consacre à tenir compte des exigences de la réalité : le préconscient, dans la première topique, qui prend en compte la contradiction, et la notion du temps. Il est en lien direct avec la conscience, et contient seul l'ensemble des représentations de mots, correspondant aux représentations de choses non refoulées. Sa loi économique sera définie en 1911, comme « principe de réalité ».

Faisant suite à l'insatisfaction partielle et aux déceptions issues du processus primaire, ce principe lui substitue un « processus secondaire », régi par « l'identité de pensée », au moyen d'une énergie psychiquement « liée » : il exige en effet l'identité de la réalité *perçue* aux représentations *connues* de la satisfaction, impliquant une nouvelle capacité *d'attente* que le principe de plaisir excluait. Cette contrainte nouvelle ne modifie en rien la visée de satisfaction : le principe de réalité est plutôt une amélioration qu'un ennemi du principe de plaisir, en termes d'efficacité réelle.

Exemple

Face à l'éclair au chocolat contemplé dans la vitrine de la pâtisserie, le principe de plaisir génère une rêverie diurne où je suis déjà en train de le déguster. Il serait également aux commandes si j'entrais dans la boutique pour m'en saisir directement. Mais l'expérience m'a appris que ce plaisir entraînerait aussi de nombreux déplaisirs : le principe de réalité prend ici le relais et me fait attendre de le commander à la vendeuse, qui l'emballa, reçoit le paiement prévu, me le donne enfin, et, pour ne pas trop révéler mon désir, j'attendrai encore d'être ressorti de la boutique pour le consommer : plus contraignant, mais plus efficace pour aboutir au même résultat.

4.4 La première topique (1900)

Décrite pour la première fois au chapitre VII de *L'Interprétation du rêve*, la première topique épouse et reflète donc les deux grandes lois économiques du fonctionnement psychique. Elle se compose de l'inconscient (Ics), du préconscient (Pcs), et d'une troisième instance, la « perception-conscience » (Pc-Cs), conçue comme la surface de contact de l'appareil psychique avec le monde extérieur : pour Freud, la conscience est davantage un « organe psychique » qu'une instance, et son contenu change à chaque instant. Toute représentation du préconscient est susceptible de devenir consciente.

Chaque instance est séparée de la suivante par une « censure », chargée de filtrer le passage des représentations (c'est-à-dire de l'investissement pulsionnel) de l'une à l'autre. Elle joue un rôle essentiel entre inconscient et préconscient, en interdisant aux représentations refoulées de franchir la frontière.

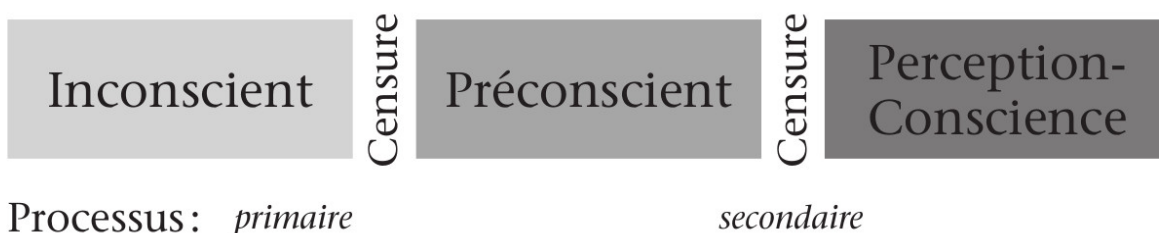


Figure 1.2 – La première topique freudienne

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1900). L'interprétation du rêve. In *Œuvres complètes IV* (éd. 2003, p. 8-704). Paris : PUF.

FREUD, S. (1911). Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique. In *Œuvres complètes XI* (éd. 1998, p. 11-22). Paris : PUF.

FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de Psychanalyse* (éd. 1981, p. 41-115). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, S. (1895). Projet d'une psychologie. In *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904* (éd. 2006, p. 595-694). Paris : PUF. Ou Esquisse d'une psychologie scientifique. In *La Naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956 (il s'agit du même texte)

Pour approfondir

FREUD, S. (1915). L'inconscient. In *Métapsychologie, Sigmund Freud – Œuvres complètes XIII* (éd. 1988, p. 203-242). Paris : PUF.

LAPLANCHE, J. (1970). *Vie et mort en psychanalyse*. Paris : Flammarion.

LE GUEN, C., (1995). Le principe de réalité psychique. *Revue française de psychanalyse*, LIX (1), 9-25.

5. Le moi et le narcissisme

Ich, terme freudien allemand, désigne le pronom grammatical de la première personne : « je », en français. Les traducteurs ont préféré le terme

« moi », déjà utilisé en psychologie pour désigner la personnalité individuelle. Chez Freud, *Ich* désigne simultanément la personne *qui prend la parole* – notamment dans la cure –, et/ou l'instance qui s'exprime à travers elle. C'est cette réalité clinique dont il cherche la métapsychologie théorique.

À l'inverse de l'inconscient, hypothèse audacieuse que Freud utilise en toute confiance et en toute occasion, le concept de moi s'est ainsi révélé d'une évidence trompeuse. Son mystère métapsychologique s'épaissit à mesure qu'on cherche à le percer : « Enfin, on en arriva au point où l'on put déplacer son attention du refoulé sur le refoulant et l'on se trouva devant ce moi qui semblait tellement aller de soi, dans l'attente certaine de découvrir également ici des choses auxquelles on ne pouvait être préparé » (Freud, 1933, p. 140-141).

5.1 Le moi : une organisation unitaire, prudente... au risque d'un évitement de l'inconscient ?

Jusqu'en 1908, en effet, le moi assure surtout la fonction de « refoulant ». Freud le considère, en accord avec la psychologie de son temps, comme une organisation psychique structurée, veillant surtout à préserver sa cohérence, son *unité* : la notion de « défense », qui désigne dès l'origine ces dispositifs de protections, est l'ancêtre des « mécanismes de défense » (notion 11), dont Anna Freud proposera une première liste en 1936, inspirée des travaux de son père.

Le moi est donc aussi à l'origine de la « résistance » qui, dans la cure, contrevient à la « règle fondamentale » de l'association libre. Il exerce enfin une fonction d'identification, bien repérable dans le rêve, dont tous les personnages sont autant de figurations, souvent contradictoires, du « moi du rêveur ».

On n'en trouve cependant aucune mention dans la première topique de 1900 (notion 4). Freud aurait pu aisément l'assimiler à la partie « supérieure » de l'appareil psychique, incluant le préconscient et la perception-conscience, en lien étroit avec le processus secondaire et les représentations de mot : il s'en abstient soigneusement. Il attendra 1923, et

la deuxième topique, pour officialiser ce rapprochement, en ajoutant alors qu'une part importante de ce moi est également *inconsciente*, quoique non refoulée, comme l'indique notamment la résistance dans la cure.

Cette réserve initiale tient au fondement même du projet freudien : avec la notion de cohérence, et donc de signification, le moi impose une lecture *qualitative* à un modèle théorique fondé sur la circulation *quantitative* d'énergie : le danger est donc réel, de voir un moi « psychologique », raisonneur et logicien, court-circuiter en quelque sorte une métapsychologie fondée sur la pulsion sexuelle et l'inconscient – une pure circulation de libido.

Dans un commentaire privé, adressé à Jung en 1911, à propos des théories de son disciple Alfred Adler (1870-1937), Freud explicite clairement cette réticence : « Derrière la rigueur apparente d'Adler est apparu en réalité un grand morceau de confusion. Qu'un psychanalyste puisse insister tellement sur le moi, *je ne m'y serais pas attendu* [nous soulignons]. Le moi ne joue-t-il pas le rôle du stupide Auguste au cirque, qui met son grain de sel partout pour que les spectateurs croient que c'est lui qui dirige tout ce qui se passe ? » (Freud, Jung, 1906-1914, p. 238).

5.2 L'invention du narcissisme

C'est pourtant au même moment, et sous l'impulsion du même Jung (1875-1961), que le moi se voit conférer des fonctions nouvelles et décisives dans la théorie freudienne. À l'origine de cette révolution théorique, qui allait renouveler la dualité pulsionnelle et la topique (notion 7), l'élément déterminant aura été la recherche d'une théorie psychanalytique de la psychose, ardemment espérée par Jung, psychiatre à l'hôpital Burghölzli de Zürich.

À partir d'une pratique beaucoup plus restreinte de la psychose, Freud partait de deux constats cliniques : l'absence, et sans doute l'incapacité du transfert dans la psychose – hypothèse qui sera contestée par la suite –, et surtout son désinvestissement libidinal du « monde extérieur ». C'est Karl Abraham (1877-1925), ancien collègue de Jung, qui allait fournir en 1908 la pièce manquante : ce désinvestissement se convertit en une « surestimation sexuelle réfléchie sur le moi, ou autoérotique » (Abraham, 1908, p. 49). La notion psychanalytique de *narcissisme* était née.

Illustration

Ce terme avait été inventé quelques années plus tôt par le psychologue français Alfred Binet, pour désigner une pratique perverse adulte, consistant à jouir sexuellement de son propre corps. Il a été inspiré du mythe de Narcisse, dont la version la mieux connue figure dans les *Métamorphoses* d'Ovide.

Un jeune homme d'une grande beauté est insensible aux désirs qu'il suscite : il en sera puni par les dieux. Rencontrant son reflet dans l'eau claire d'une source, il tombe alors sous son charme, et se laisse mourir, désespéré de ne pouvoir atteindre sa propre image.

Ce mythe, souvent interprété, y compris par Binet, comme le modèle d'une satisfaction égoïste, est aussi bien celui d'une quête sans issue de soi-même : le narcissisme freudien peut s'entendre lui aussi dans ces deux acceptions.

Sans doute rassuré par une approche du moi retraduite en quantité (libidinale), Freud s'en empare aussitôt et lui entrevoit rapidement de multiples applications. Bientôt défini, non sans ambiguïté, comme « amour de soi-même », le narcissisme devient une étape universelle du développement psychosexuel : « [...] l'individu en cours de développement, qui pour acquérir un objet d'amour rassemble en une unité ses pulsions sexuelles travaillant auto-érotiquement, prend d'abord soi-même, son propre corps, comme objet d'amour, avant de passer de celui-ci au choix d'objet d'une personne étrangère » (1911b, p. 283).

C'est la fixation et la régression à ce stade qui fondera la théorie freudienne de la psychose paranoïaque (le « cas Schreber », 1911). Il sera au fondement de la théorie de l'animisme (toute-puissance des idées), elle-même aux origines du « mythe de la horde » (1912, *Totem et tabou*). Dans le grand article qui lui sera consacré (1914), il organise une « balance », présente tout au long de la vie, entre « libido d'objet » et « libido du moi », l'investissement de l'un entraînant le désinvestissement de l'autre : le moi sera dès lors considéré comme le « réservoir » originel de la libido. Le narcissisme est également le vecteur de la fonction d'idéal : « l'idéal du

moi » est cette instance dédoublée du moi, auquel la « conscience morale » – futur « surmoi » de la deuxième topique – le compare sans cesse, ce qui devient la « condition » du refoulement.

Dans sa « Métapsychologie », Freud le prend pour base d'une psychogenèse détaillée du moi (1915), et formule une théorie inédite de la mélancolie, à partir de l'identification *narcissique* du moi à l'objet perdu (1917) : cette proposition sera elle-même généralisée, avec la deuxième topique, comme l'un des fondements de l'origine du moi et du surmoi. Dans *Psychologie des foules et analyse du moi* (1921), le même narcissisme fonde la théorie psychanalytique des foules organisées, et rend compte simultanément de la passion amoureuse, où l'objet aimé (respectivement, le leader) est « mis en place d'idéal du moi ».

On l'aura compris : l'« Auguste de cirque » est devenu, en dix ans, par le biais de la libido narcissique, une instance omniprésente, sinon omnipotente, dans la vie psychique. Freud ne semble plus le redouter, mais il n'est plus possible de le maintenir à l'écart de la topique.

5.3 Le moi, réaliste et délirant ?

Cette hypertrophie théorique contredit en effet la fonction originelle du moi, qui est de garantir à la vie psychique une solide prise en compte de la réalité, à laquelle le refoulement ne fait que quelques entorses. Comment le moi, garant névrotique de la réalité, peut-il être simultanément le « réservoir » (libidinal) du délire psychotique – ou même seulement le support de « folies » plus douces, comme la passion amoureuse, l'utopie idéaliste ou le deuil ?

Pour Freud, contrairement à ses successeurs, il ne s'agit pas de choisir, mais d'articuler l'une à l'autre ces deux fonctions contradictoires. Il distingue d'abord un « moi-plaisir », originel et implicitement narcissique, d'un « moi-réel » (ou « moi-réalité »), ultérieur, issu des pulsions d'autoconservation (rebaptisées « pulsions du moi »), du fait de leur adhésion immédiate au principe de réalité – tandis que les pulsions sexuelles restent longtemps prisonnières du seul principe de plaisir (1911a) (notion 4).

Mais ce dispositif implique, au sein du même moi, une coexistence des pulsions du moi avec les pulsions sexuelles. Il devient donc le lieu même du

conflit psychique : le lieu d'une dualité, et non plus d'une unité. Ce serait, à l'en croire, pour se dégager de cette difficulté théorique, que Freud modifiera en 1920 sa dualité pulsionnelle (notion 7). Mais encore dans la deuxième topique, le moi est défini à la fois comme représentant du monde extérieur (réalité), et comme produit d'identifications successives (1923), ce qui paraît difficilement compatible. L'hypothèse tardive d'un « clivage du moi » (1938), apparemment universel, en prendra acte, mais Freud n'a plus le temps d'en tirer les conséquences : il décède en 1939.

L'histoire de la psychanalyse a été durablement marquée par la difficulté de cette articulation, au sein du moi, entre réalité et déréalisation. La notion de « réalité psychique », suggérant le compromis d'une réalité exclusivement subjective, notamment à travers le fantasme, a été introduite mais peu développée par Freud, à la différence de ses successeurs : elle renouvelle la même question en termes de « relation d'objet » (notion 6).

Pour aller plus loin

Lectures recommandées

FREUD, S. (1911a). Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique. In *Œuvres complètes XI* (éd. 1998, p. 11-22). Paris : PUF.

FREUD, S. (1911b). Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*dementia paranoides*) décrit sous forme autobiographique. In *Œuvres complètes X* (éd. 1993, p. 225-304). Paris : PUF.

FREUD, S. (1914). Pour introduire le narcissisme, In *Œuvres complètes XII* (éd. 2005, p. 213-246). Paris : PUF.

FREUD, S. (1917). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie, Œuvres complètes XIII* (éd. 1988, p. 257-278). Paris : PUF.

FREUD, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. In *Œuvres complètes XVI* (éd. 1991, p. 165-179). Paris : PUF.

Pour approfondir

ABRAHAM, K. (1908) Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la démence précoce. In *Karl Abraham – Œuvres complètes I* (éd. 1989, p. 41-52). Paris : Payot.

FREUD, S. (1912). *Totem et tabou*. trad. fr. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001.

FREUD, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de Psychanalyse* (éd. 1981, p. 117-217). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, S. (1933 [1932]). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. In *Œuvres complètes XIX* (éd. 1995, p. 83-268). Paris : PUF.

FREUD, S. (1940 [1938]). Le clivage du moi dans le processus de défense. In *Œuvres complètes XX* (éd. 2010, p. 219-224). Paris : PUF.

FREUD, S., JUNG, C.-G. (1975). *Correspondance 1906-1914*. Paris : Gallimard, 1992.

FREUD, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF, 1978.

HARTMANN, H. (1939). *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation*, trad. fr. Paris : PUF, 1958.

LACAN, J. (1954-1955). *Le Séminaire II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1980.

6. L'objet

Bien qu'introduite par Freud, la notion d'objet (*Objekt*) ne s'est développée en psychanalyse qu'avec ses successeurs, en cristallisant les questions nées du moi et de son rapport fluctuant avec la réalité (notion 5). L'objet peut en effet être conçu à la fois comme le seul élément « réel » de la satisfaction pulsionnelle et comme source d'identification « déréelle » du moi, ouvrant sur le monde de la « relation d'objet » – et du « fantasme » :

un scénario imaginaire de mise en relation avec l'objet sexuel, guidant inconsciemment la pensée consciente.

L'articulation de ces deux statuts contradictoires a conduit à des conceptualisations toujours plus abstraites de la notion d'objet en psychanalyse.

6.1 De l'objet pulsionnel au « choix d'objet »

La contradiction est déjà implicitement présente chez Freud. L'objet est en effet, dès l'origine, le moyen *quelconque* de satisfaction de la pulsion, théorisé dès 1905 (notion 2). Mais à la puberté, il devient l'enjeu d'un « choix » exclusif, en rapport étroit avec la structuration œdipienne, notamment quant à l'orientation sexuelle : « Un des problèmes qui se posent à l'occasion du choix d'objet consiste à ne pas manquer le sexe opposé » (1905, p. 167).

Cet effort d'organisation et de cohérence unitaire indique à coup sûr la médiation d'un moi, que le premier objet ignorait : tout le développement théorique du narcissisme (notion 5) confirmera cette corrélation étroite entre le moi et le « choix d'objet ». Freud en indiquera deux modalités fondamentales, non exclusives l'une de l'autre : **choix d'objet « par étayage »**, sur le modèle des prototypes infantiles (père et mère), et **choix d'objet « narcissique »**, sur un critère de ressemblance et/ou d'identité à soi (1914, p. 233-234).

On a souvent assimilé cette différence à la distinction entre « **objet partiel** » (issu des pulsions partielles, par exemple le sein) et « **objet total** » (par exemple la mère ou le corps maternel conçu comme unité), introduite plus tard par M. Klein. Cela reste approximatif : ces deux objets désignent plutôt deux modes de satisfaction parallèles, celui de la décharge pulsionnelle, et celui de la « réalité psychique », où la pulsion sexuelle reste « inhibée quant au but ». L'objet « total », la représentation de l'individu choisi (aimé), n'est que l'indicateur psychique, dans le fantasme, d'une satisfaction dont la réalisation effective s'articule autrement, en termes d'objet « partiel ». On exprimerait plus justement cette dualité objectale en distinguant un « objet de satisfaction » (pulsionnel) d'un « objet d'amour » (choisi) – en écho à la distinction freudienne entre libido d'objet et libido narcissique (notion 5).

Cette disjonction est subtile, difficile à comprendre comme à admettre, mais elle est au cœur de la problématique de l'objet en psychanalyse. La clinique l'illustre surtout par des symptômes et des incompréhensions.

Cas clinique

« Je n'oublierai jamais, dit une analysante, ma première fois. Tout y était, pourtant : J'adorais Michaël, il m'aimait lui aussi. J'étais sur mon petit nuage, d'ailleurs tout s'est arrangé comme dans un rêve. Et puis voilà, finalement ce n'était que ça : je le voyais s'exciter sur moi, j'étais presque égarée, perdue... désespérément seule, en tout cas. Ce n'était pas douloureux, physiquement je veux dire, mais tellement décevant, tellement... laid : rien à voir avec ce que je m'étais imaginé. »

« La vie amoureuse de ces êtres humains reste clivée dans les deux directions qui sont personnifiées par l'art comme amour céleste et amour terrestre (ou animal). Là où ils aiment ils ne désirent pas, et là où ils désirent ils ne peuvent pas aimer. Ils sont en quête d'objets qu'ils n'ont pas besoin d'aimer, pour tenir leur sensualité à distance de leurs objets aimés... » (Freud, 1912d, p. 133).

6.2 L'objet clivé de Melanie Klein

En analyse avec Sandor Ferenczi (1873-1933), puis Karl Abraham (1877-1925), Melanie Klein (1882-1960) s'est rapidement distinguée par la spécificité de sa pratique – la psychanalyse d'enfants –, et plus encore par l'audace de ses élaborations théoriques. Sa « technique du jeu » la prédestinait à explorer plus directement que Freud l'univers fantasmatique de l'enfance, où elle révéla l'importance inattendue de la dimension d'agression destructive, et l'angoisse, selon elle très précoce, de représailles non moins destructrices.

Ce balancement très précoce entre agression et angoisse de rétorsion constitue la matrice de l'apport théorique kleinien : le développement psychique est l'histoire de sa régulation progressive, garantissant du même

coup une adéquation croissante de cette vie fantasmatique à la réalité objective de son environnement. L'univers théorique de Klein est essentiellement celui du fantasme : il commence et s'arrête avec lui.

Ses successeurs, dont Donald W. Winnicott (1896-1971), s'attacheront à trouver dans l'environnement réel (maternel) d'autres marqueurs garants de cette réalité fantasmatique – notamment à travers les concepts d'**objet « transitionnel »** (le « doudou » familial) et de « mère suffisamment bonne ». Il reste que dans cette perspective, le moi et l'objet sont supposés innés et solidaires : l'objet de satisfaction est immédiatement fantasmé en objet d'amour, ses deux statuts contradictoires sont tenus d'emblée pour un seul et même « objet ».

S'appuyant sur cette condensation, Klein défendra la thèse d'un « œdipe précoce » – entendre : une organisation fantasmatique précoce de type œdipien – en réaction immédiate aux premières frustrations, et surtout démontrée par la précocité d'un sentiment de culpabilité imputable à un « surmoi précoce » (maternel) (Klein, 1928). Elle en déduira peu à peu deux étapes fondamentales de la vie psychique : la position schizo-paranoïde, agressive, préparant à l'œdipe précoce, et la position dépressive, culpabilisée, préparant à la crise œdipienne décrite par Freud.

La première position se caractérise par un *clivage de l'objet* (partiel, puis total) en « bon » (gratifiant, satisfaisant) et « mauvais » (frustrateur, par son absence), opposant l'objet aimé à l'objet haï, comme s'ils étaient distincts, alors qu'il s'agit du même – le sein, par exemple. Le bon objet est idéalisé, unifié ; le mauvais est attaqué agressivement, fragmenté, mais capable de persécution en retour, et donc source d'angoisse, ainsi que d'un clivage du moi en miroir de celui de l'objet. L'atténuation de cette angoisse par les vertus bénéfiques du « bon objet » est la condition préalable à « **l'introjection de l'objet** comme un tout » (réunifié), qui définit la position dépressive, marquée par le deuil et la culpabilité, indices de la difficulté à opérer la « synthèse entre les aspects aimés et haïs de l'objet complet » (Klein, 1946, p. 275-276).

La théorie kleinienne, rattachée à l'école anglaise, s'est imposée malgré les critiques. Son rayonnement immédiat, à travers les travaux de Balint, Bion, Winnicott et Fairbairn (« école des relations d'objet »), a largement contribué à promouvoir l'objet au centre des théories psychanalytiques

contemporaines, comme interface de l'exigence pulsionnelle et de l'intégration sociale.

6.3 L'objet *a* de Jacques Lacan

En réaction contre l'*ego-psychology* américaine, et contre certaines approches de la relation d'objet, Jacques Lacan (1901-1981) a prôné dans les années 1950 la nécessité d'un « retour à Freud ». Sa théorie, fondée sur une exégèse détaillée du texte freudien, s'inspire également des apports de la linguistique moderne et de l'école anglaise – au moment où, en France, naissait le « structuralisme », dont il fut un des représentants. Cet effort pour dégager les « structures » fondamentales du sujet décrit par le modèle freudien l'a engagé toujours davantage dans les voies d'une abstraction formelle d'accès difficile, sinon rebutant.

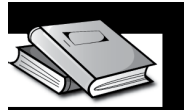
Il repère un premier statut de l'objet à partir du « stade du miroir », repris d'Henri Wallon dès 1936 : le reflet assumé par l'enfant de sa propre image dans le miroir constitue son moi comme « autre ». Ce rapport en reflet, spéculaire, fondera en 1953 une des trois logiques fondamentales de la vie psychique : la dimension « imaginaire », où l'autre et moi sont identiques, et posés en rivalité du fait d'un désir commun. Seul l'accès à la dimension « symbolique », par le complexe d'Œdipe introduisant le tiers, permet au sujet se différencier de l'autre : il se situe désormais dans un triangle dont « l'Autre », le tiers parlant (le père, la Loi, Dieu), occupe le sommet et différencie les places.

Introduit à cette dimension, le sujet ne se confond plus avec son reflet, auquel il manque désormais quelque chose d'insaisissable, qu'on peut tenter d'approcher par exemple à travers le regard ou la voix. C'est ainsi que « l'autre », désigné par la lettre « a » dans son lien imaginaire « a – a' » au moi, se fait l'indice d'un manque « réel » : le manque de l'objet. Dénouant l'assimilation de Klein, Lacan repère l'objet de satisfaction comme *ce qui manque* à l'objet d'amour, qui n'en indique que le souvenir en creux, la trace révolue, mais autrefois réelle. « L'objet *a* » désigne ce manque *réel*, ni imaginable, ni symbolisable, complétant ainsi le triptyque des trois « instances » lacaniennes : Réel, Symbolique, Imaginaire.

De nombreux développements de la théorie lacanienne s'appuieront sur cet « objet *a* » : « manque-à-être » ayant fonction de « déchet », cause du

désir, ingrédient du fantasme (« S barré $\diamond a$ ») puis des « quatre discours », centre de gravité de la pulsion, support de la fonction phallique, de l'affect d'angoisse et de la jouissance (« plus-de-jouir ») et plus tard encore, dans une dernière formalisation topologique, point d'articulation des « nœuds borroméens ».

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. In *Œuvres complètes VI*. (éd. 2006, p. 59-182). Paris : PUF.

FREUD, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *Œuvres complètes XII* (éd. 2005, p. 213-246). Paris : PUF.

KLEIN, M. (1928). Les stades précoces du conflit œdipien. In *Essais de psychanalyse*. trad. fr. Paris : Payot, 1978.

KLEIN, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In *Développements de la psychanalyse*. trad. fr. Paris : PUF, 2005.

LACAN, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In *Écrits*. Paris : Seuil, 1966.

LACAN, J. (1956-1957). *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*. Paris : Seuil, 1994.

LACAN, J. (1962-1963). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*. Paris : Seuil, 2004.

Pour approfondir

FREUD, S. (1912). Du rabaissement généralisé de la vie amoureuse. In *Œuvres complètes XI* (éd. 1998, p. 127-142). Paris : PUF.

DAVID-MÉNARD, M. (1983). *L'Hystérique entre Freud et Lacan. Corps et langage en psychanalyse*, Paris : Éd. Universitaires.

SEGAL, H. (1978). *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*. Trad. fr. Paris : PUF, 1979.

WINNICOTT, D.W. (1953). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité* (éd. 1971, p. 7-39). Paris : Gallimard.

7. La pulsion de mort et deuxième topique

En 1920, Freud signait un essai, *Au-delà du principe de plaisir* (1920), en rupture de ton et de contenu avec tout ce qu'il avait publié jusqu'alors. Il y présentait une hypothèse théorique nouvelle, la pulsion de mort (*Todestrieb*), révisant certains des plus anciens fondements de la doctrine analytique. Tout le monde ne le suivit pas sur cette voie : la pulsion de mort aura sans doute été le plus critiqué des concepts freudiens, bien qu'elle sous-tende la plupart de ses développements théoriques ultérieurs, notamment l'introduction de la deuxième topique.

Ce désaccord reflète la difficulté et, peut-être, l'ambiguïté du concept. D'abord, parce qu'il se situe à un niveau purement théorique, conforme en cela à l'usage freudien du terme « pulsion » (notion 2). Ensuite, parce qu'il rompt avec le registre biologique où la pulsion sexuelle et la pulsion du moi trouvaient leur étayage intuitif : bien que Freud s'efforce de lui trouver encore un ancrage biologique, la pulsion de mort résulte surtout des leçons de son expérience analytique et de son élaboration théorique. Enfin, parce que « la mort » est une notion équivoque, lourde de puissantes résonances fantasmatiques, qui auront tôt fait de conférer à la « pulsion de mort » un sens hâtif et erroné. De quelle « mort » s'agit-il donc ici, pour devenir le support d'une pulsion, c'est-à-dire d'un « morceau d'activité », d'une « poussée », synonyme par construction d'élan vital ?

7.1 La contrainte de répétition

À son insu ou non, Freud recourt à plusieurs « morts » dans l'élaboration de sa pulsion, dont le premier visage est celui de l'impuissance du sujet, face au retour incessant de certains déplaisirs. La névrose traumatique le contraint à revivre sans cesse l'événement **traumatique**. Plus encore, d'une part l'observation de son petit-fils de deux ans jouant sans cesse à jeter au

loin une bobine de fil, avec une expression de satisfaction énigmatique, irréductible au seul principe de plaisir, d'autre part la répétition inconsciente, dans le transfert de la cure, de liens relationnels infantiles à l'évidence douloureux, conduisent Freud à réinterroger la primauté économique du principe de plaisir (notion 4) dans la vie psychique.

Ne faut-il pas admettre, « au-delà », l'existence d'une tendance irréductible, une contrainte à la **répétition**, qui ne se réglerait plus sur le caractère plaisant ou déplaisant du phénomène ? Cette contrainte renvoie au registre pulsionnel. Il est déjà de la nature de la pulsion de se répéter sans fin, par une poussée constante. Si son exigence n'était plus la satisfaction, comme pour la pulsion sexuelle, mais « l'éternel retour du même » dont parlait déjà Nietzsche, il faut alors concevoir une nouvelle dualité pulsionnelle : la pulsion sexuelle ne s'opposerait plus à la pulsion du moi – obéissant aussi au principe de plaisir, à travers le principe de réalité –, mais à une pulsion nouvelle. Il s'agit de la « vie » de l'activité libre (sexuelle), qui s'opposerait à la « mort » de la *répétition pure*, de l'éternel recommencement.

C'est là un deuxième visage de la mort, celui de la structure, de la « stabilité anorganique » immobile en regard de la mobilité du vivant : Freud évoque ici une « écorce » de l'organisme (psychique), jouant le rôle protecteur de « **pare-excitation** » vis-à-vis des stimuli venant du monde extérieur, de façon à n'en laisser passer que ce qui lui est nécessaire pour en tenir compte. L'effraction (traumatique) de cette écorce par un stimulus trop intense, désorganisant totalement le système, rendrait impérative la tâche de le restaurer, c'est-à-dire de « lier » à nouveau, par les processus secondaires (notion 4), et au prix de la répétition, l'énergie « déliée » (ou « libre ») rendue accidentellement aux processus primaires.

La pulsion de mort serait alors à chercher du côté de ce qui assure, ou vise à restaurer la stabilité répétitive de l'organisation psychique, tendant à l'inertie du « principe de constance » (notion 4), face aux perturbations qui l'agressent. Or on sait que c'est le préconscient, et plus encore le moi narcissique (notion 5), qui est le lieu métapsychologique des processus secondaires, faisant « écorce » aux agressions : cette figure sera même reprise par Freud en 1932 pour instituer le moi en « écorce » du ça. La pulsion de mort serait-elle alors une « pulsion du moi » transfigurée ?

7.2 La désintrication pulsionnelle

Freud rejette cette possibilité : le moi n'est pas à situer du côté de la mort, mais de la vie. Sur la base de raisonnements complexes et parfois obscurs, il inverse alors les rôles : ce sont les pulsions sexuelles et les pulsions du moi, réunies sous le terme générique d'Éros, ou « pulsions de vie », qui tendent à l'union et à l'intrication, tandis que les pulsions de mort œuvrent à l'inverse dans le sens de la désunion et la désintrication – dans le sens de la « destruction ». La mort prend ici le troisième visage, inversé, de la rupture et, par extension, du meurtre.

L'opposition de l'amour et de la haine, de la tendresse et de l'agression, en offre alors une illustration clinique vraisemblable : le sadisme devient ainsi la manifestation la plus suggestive de la pulsion de mort, invitant Freud, du même coup, à reconnaître désormais l'existence d'un « masochisme primaire » (notion 16), à travers cette part de la pulsion de mort qui n'aura pu être éconduite vers l'extérieur grâce à l'Éros (par liaison libidinale). Reprenant en 1924 la question du masochisme sur ces nouvelles bases, il adoptera comme loi économique de la pulsion de mort le « principe de nirvana », radicalisant le principe de constance en une tendance à la tension générale du système non plus minimale (notion 4), mais nulle.

On voit donc que cette nouvelle dualité pulsionnelle s'enracine sur un sol qui n'est plus biologique qu'en apparence : la tendance à la désintrication comme à l'intrication désigne avant tout des mouvements de désorganisation et de réorganisation *psychiques*. Les figures associées de l'union sexuée et du meurtre n'en sont que des illustrations dérivées, sur le terrain de la réalité observable... ou fantasmatique.

C'est pourquoi Freud insistera toujours plus sur sa nécessaire articulation interne (ou « mixtion pulsionnelle »), au sein d'une dialectique indénouable : il n'est pas de déliaison sans liaison préalable, et il n'est de liaison que sur fond d'un enjeu permanent de déliaison. Les exemples de « démixtion pulsionnelle » ou **désintrication pulsionnelle**, comme le suicide mélancolique, demeureront rares, et d'ailleurs difficiles à concevoir cliniquement : « invisible et silencieuse », la pulsion de mort ne peut s'offrir à l'observation qu'à travers une manifestation de l'Éros. À elle seule, en un

mot, elle n'a jamais tué personne, contrairement à ce que son nom aura trop souvent fait croire.

7.3 Destins de la pulsion de mort

Ce saut conceptuel freudien a peiné à se faire entendre par la communauté analytique. Répondant à Freud qui lui avouait porter à ce moment en lui des tendances « critiques et destructrices de mon œuvre personnelle », Max Eitingon objecta malicieusement : « Il y a sans doute quelque chose que vous détruisez, et ce de plus en plus, dans vos derniers travaux, je vous l'ai vraisemblablement déjà dit. Je veux parler de la quiétude de plus d'un de vos partisans. »

Personne, dans l'entourage de Freud, n'a véritablement fait sienne cette nouvelle dualité pulsionnelle, et bien des courants analytiques ultérieurs la rejeteront. Seuls Melanie Klein et Jacques Lacan y déchiffreront, après lui, un repère essentiel de sa pensée. M. Klein fera de la pulsion de mort le fondement de l'agression constitutive du développement psychique qu'elle avait d'abord observée chez les enfants. Lacan, dans une perspective plus ontologique inspirée des travaux de Heidegger, y repérera la « néantisation symbolique » préalable à toute reconnaissance possible du sujet humain. Plus récemment, dans leur sillage, André Green a notamment souligné l'importance, en psychanalyse, de la prise en compte d'un « travail du négatif ».

On oubliera donc souvent l'influence décisive de la pulsion de mort sur l'ensemble de l'œuvre freudienne à partir de 1920, d'autant plus volontiers que Freud lui-même s'abstiendra trop souvent d'en faire une mention explicite. On la retrouve pourtant au cœur de l'analyse du masochisme (et de la réaction thérapeutique négative – notion 16), de la mélancolie, du phénomène religieux et du « malaise dans la culture », mais aussi, en filigrane, derrière l'organisation phallique et la théorie de « l'œdipe complet », le fétichisme pervers et le clivage du moi. Cette liste non exhaustive indique aussi combien elle tourne autour du moi et du narcissisme, comme un centre de gravité dont probablement elle résulte : en cela, elle annonce la deuxième topique.

7.4 La deuxième topique

À l'inverse de la pulsion de mort, la deuxième topique (*Le Moi et le Ça*, 1923) s'est immédiatement imposée dans le monde analytique – signe qu'elle paraît, trompeusement, d'un usage plus aisé que la première. Elle sépare pourtant l'organisation psychique en trois « provinces » fonctionnelles aux frontières beaucoup plus floues et plus difficiles à représenter que la précédente : elles dérivent d'ailleurs les unes des autres, à la manière d'un développement embryonnaire. Après son introduction en début de chapitre (notion 1), on se limitera ici à en proposer une présentation succincte, sans en étudier les nombreuses obscurités.

Le **ça** (*Es* en allemand, terme inspiré de Groddeck et prétendument de Nietzsche) désigne l'état premier d'un univers psychique encore réduit au seul jeu des pulsions (de vie et de mort) : un « chaos », dit Freud, dont nous ne savons rien, à la différence de l'inconscient. L'usage pratique de la deuxième topique conduira cependant à y localiser cet inconscient de la première topique, auquel il sera souvent ramené, le reste de son contenu demeurant inaccessible à l'observation comme à la théorie : il est absolument « inconscient », au sens qualitatif du mot.

Le **moi** (*Ich*) trouve ici sa première définition théorique exhaustive et apparaît comme le pivot de l'ensemble de la topique (l'inconscient étant celui de la précédente). Il se différencie rapidement du ça sous trois influences conjuguées : la perception du monde extérieur, dont il se fait à la fois le représentant et « l'écorce » protectrice du ça ; le corps propre, dont il se constitue comme « projection de surface » (« moi-corps ») ; et une identification aux premiers objets du ça, qui donnera notamment naissance au surmoi. Il englobe le système perception-conscience et le préconscient de la première topique, mais s'étend désormais au-delà, car une part sans doute importante du moi échappe à la conscience, comme en atteste la résistance dans la cure : il n'est donc que (très ?) partiellement conscient. Sa fonction serait de concilier les intérêts contradictoires du ça, du surmoi et du monde extérieur : une mission impossible.

Le **surmoi** (*Über-Ich*) constitue la grande innovation de cette deuxième topique, et aussi son instance la plus énigmatique. Il ne se forme que tardivement, comme « héritier du complexe d'Œdipe », à partir des premières identifications du moi. Celles-ci ayant été empruntées au ça, le surmoi apparaît comme un tissage hybride des influences du ça et du monde

extérieur (de l'autorité parentale), reconnu par un moi dont il n'est lui-même qu'une partie, séparée par clivage. Sa fonction essentielle correspond à la « conscience morale », mais d'une morale insensée fondée sur l'injonction paradoxale (« Sois et ne sois pas comme moi, le père »), qui se solde par un « besoin de punition » unilatéral, aux tonalités masochistes. Il diffère profondément en cela de l'idéal du moi (notion 5), bien que Freud le présente d'abord comme synonyme, et finisse par l'y inclure, au titre de sous-partie, en 1932. Plus encore que le moi, il est en grande partie inconscient.

Ce dispositif complexe est rétif à toute schématisation, particulièrement le surmoi, réputé d'abord impossible à représenter graphiquement. Freud tentera pourtant l'impossible, dans l'espoir incertain de se faire mieux comprendre, et nous laissera deux schémas, en 1923 et en 1932, le dernier (ci-dessous) parvenant même à situer le surmoi – au prix de nombreuses approximations.

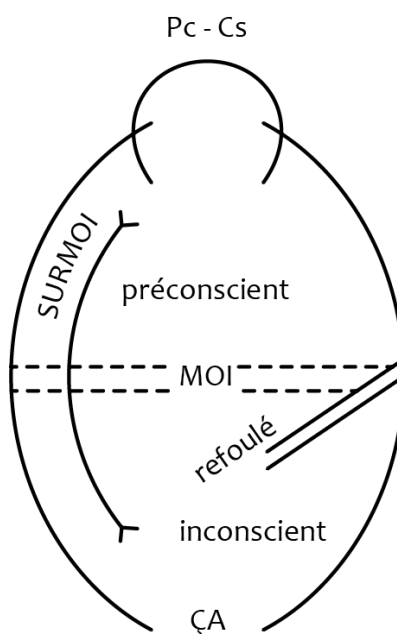


Figure 1.3 – Schéma de la deuxième topique proposé dans « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse » (1932)

Pour s'exercer

1. En quoi les différents visages de la mort incarnés par la pulsion peuvent-ils apparaître comme contradictoires ?

2. En quoi la pulsion de mort, à elle seule, n'a-t-elle « jamais tué personne » ?
3. D'où viennent, à votre avis, les ambiguïtés du schéma de la deuxième topique proposée par Freud en 1932 ?

Rédigez vos réponses avant de consulter le corrigé p. 266.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Œuvres complètes XV* (éd. 1996, p. 273-338). Paris : PUF.

FREUD, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. In *Œuvres complètes XVI* (éd. 1991, p. 165-179). Paris : PUF.

FREUD, S. (1932). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. In *Œuvres complètes XIX* (éd. 1995, p. 83-268). Paris : PUF.

Pour approfondir

FREUD, S. (1924). Le problème économique du masochisme. In *Œuvres complètes XVII* (éd. 1992, p. 9-24). Paris : PUF.

KLEIN, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In *Développements de la psychanalyse*. Trad. fr., Paris : PUF, 2005.

LACAN, J. (1959-1960). *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1986.

GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit.

LAPLANCHE, J. (1989). *Vie et mort en psychanalyse*. Paris : Flammarion.

DENIS, P. (1997). *Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsion*. Paris : PUF.

DYNAMIQUE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

- 8. Conflits et relations d'objet
- 9. Le complexe d'Œdipe

Le chapitre 2 se focalise tout particulièrement sur la dynamique du fonctionnement psychique. Comme son nom l'indique, il s'agit de l'étude du mouvement, dans ses rapports avec les forces qui le produisent. L'approche psychanalytique s'intéresse tout particulièrement à la résultante d'une rencontre entre les forces psychiques en mouvement : le conflit. C'est le repérage et l'analyse des conflits, à partir de ce qu'un patient parvient à dire des forces inconscientes qui s'opposent en lui, l'immobilisant psychiquement et l'empêchant de vivre, qui ont suscité la construction du concept psychanalytique d'*inconscient*.

D'une opposition entre les pulsions, d'une révolte active de l'une contre l'autre résulte un **conflit** (notion 8), prenant une coloration particulière en fonction de la structure ou fonctionnement psychique (chapitre 4). Le **complexe d'Œdipe** (notion 9) est un conflit fondateur, une étape organisatrice de la vie psychique que tout humain est voué à traverser. La tragédie d'*Œdipe Roi* de Sophocle dépeint la complexité des liens aux imagos parentales et des conflits qui impliquent la nécessité de négocier ces liens et de trouver sa place. À l'instar d'Œdipe face à l'énigme de la Sphinx, puis face au vieillard qu'il tue sans savoir qu'il s'agit de son père, puis face à la reine séductrice qu'il épouse sans savoir qu'elle est sa mère, tout un chacun, avec son cortège de désirs, d'angoisses et de défenses, est mis en demeure d'affronter ses motions parricides et incestueuses, de passer par ce procès d'éclaircissement de ses origines et de la différenciation des sexes et des générations. En découle, selon le succès de ce passage, un nouveau mode de relation à soi et à l'autre déterminant la vie du sujet. Si la résolution du conflit œdipien met sur la voie du sujet « normalement » névrosé, ce conflit n'est pas que l'apanage du névrosé, il nous traverse tous, quel que soit notre mode de fonctionnement psychique. Pour chaque registre de la personnalité, il s'agit de voir dans quelle mesure les motions pulsionnelles parricides et incestueuses peuvent être élaborées et refoulées. L'œdipe reste donc la référence, une mesure psychopathologique, permettant de cerner la configuration psychique et ses modalités d'organisation singulières.

8. Conflits et relations d'objet

Dans une approche dynamique du fonctionnement psychique, en appréhendant la circulation des flux pulsionnels, le terme *conflit* sous-tend l'opposition de forces antagonistes. En psychanalyse, cette notion centrale désigne essentiellement un conflit interne, intrapsychique. C'est le soubassement de l'hypothèse de l'inconscient. Indépendamment de toute pathologie, il existe, au sein de toute structure de base, un conflit d'instances. En élaborant sa théorie du refoulement, Freud part de l'idée fondamentale d'un conflit entre le désir et ce qui s'y oppose. Dans les conditions de normalité, un tel conflit se limite à un équilibre entre besoins pulsionnels et limitations par les interdits. Comme le rappelle Bergeret, cet équilibre, tel celui des fléaux d'une balance, correspond à une tension physiologique entre différents systèmes de leviers jouant par couples en systèmes opposés.

Voici les principaux **niveaux évolutifs et structuraux de la conflictualité psychique** mis en évidence au long de l'œuvre freudienne :

- *au niveau oral*, mordre/ne pas mordre le sein ;
- *au niveau anal*, expulser/retenir, et à partir de ce couple, se nouent aussi les couples :
 - sadisme/masochisme,
 - activité/passivité ;
- *au niveau phallique*, phallique/châtré, masculinité/féminité et désirs/interdits.

Il est essentiel de distinguer le **conflit manifeste**, ce que le patient et son entourage mettent en avant dans leurs plaintes, du **conflit latent**, que seul un travail psychanalytique peut mettre au jour pour soulager durablement le patient.

Tous les sujets, quelle que soit leur organisation psychique, sont mobilisés par les **deux grands registres de problématique**, le conflit œdipien et l'angoisse dépressive. À partir de ces problématiques, les modalités d'expression des conflits se déclinent de diverses manières. Chacun traite chacun à sa manière, à partir du registre de problématique dominant, avec son fonctionnement et ses mécanismes de défense propres (notion 11) , ses conflits et angoisses (notion 10). La **relation d'objet** est intrinsèquement liée à la dynamique conflictuelle. S'il y a conflictualité, c'est par la mise en

jeu des relations d'objet. Dans les liens à autrui se reproduisent des aspects inhérents à la ligne conflictuelle dominante et aux relations primitives aux premiers objets. Dans chaque grand registre d'organisation psychique, conflit et relation d'objet se conjuguent de manière spécifique :

- Dans les *organisations névrotiques* (notion 12), le conflit se situe entre le **ça** (ou les pulsions) et le **surmoi**, il se joue à l'intérieur du moi. Ce conflit interne entre désirs et défenses est structuré, mettant en évidence assez clairement l'affrontement des mouvements pulsionnels (libidinaux et agressifs) et des interdits. L'angoisse de castration (notion 10) constitue un effet de ce conflit, au sein d'une relation d'objet génitale. Ce qui se traduit :

- Dans *un versant hystérique*, par une tendance à érotiser les relations les plus banales, à rechercher des duplications d'objets infantiles dans les objets actuels, avec une assez forte suggestibilité, des émois émotifs en apparence irrationnels, des épanchements affectifs et de la dramatisation, avec un fort investissement corporel, dans un dilemme entre besoin et crainte de la proximité de l'autre. Des fixations aux conflits oraux et phalliques colorent le système relationnel en laissant une importante marge de souplesse. Le danger de voir se réaliser le passage à l'acte interdit est redouté, d'autant plus que la relation d'objet est maintenue proche dans un souci de maîtrise. Le sujet ne semble pas avoir pu s'assurer de la capacité du parent de sexe opposé à accepter les désirs tendres, ni de la capacité du parent de même sexe à ne prendre ni au tragique, ni comme une plaisanterie sans fondement sincère, la rivalité éprouvée, ce qui fixe le conflit œdipien et entrave son dépassement.
- Dans *un versant hystéro-phobique*, par une tendance à l'évitement, de par des angoisses flottantes, mal définies et peu bruyantes. Des fixations sur les conflits archaïques de l'oralité et de l'analité amènent l'angoisse de castration à se fixer sur la crainte que la pensée ne se réalise. Marqués par des relations d'objet précoces teintées d'excitation et d'interdiction, les sujets se débattent dans une ambivalence affective, érotique et défensive.
- dans *un versant obsessionnel*, par un besoin d'ordre, de règle, d'économie qui isole et rigidifie le sujet, par les fixations aux conflits du deuxième sous-stade anal, pour maîtriser et camoufler ses besoins

sexuels, avec un fort investissement de la pensée, de l'intellect, une tendance aux scrupules, aux crises de conscience, de timidité et d'inhibition contribuant à minimiser les expressions de la vie affective, dans le but de contenir le ça. La relation d'objet consiste à maîtriser la distance avec l'autre pour qu'il ne soit ni trop près, ni trop loin. La relation primitive aux parents est marquée d'une interdiction de ressentir la haine envers le parent de même sexe et l'amour inspiré par le parent de sexe opposé, d'où un rapprochement avec le parent de même sexe et une nécessité d'éloignement du parent de sexe opposé.

- Dans les *organisations psychotiques* (notion 13), le conflit est causé par la réalité externe en face des besoins pulsionnels élémentaires, il se situe entre le **ça** et la **réalité externe**, ce qui conduit au déni de tous les aspects de la réalité externe devenus trop gênants, voire même au délire (notion 17), dans une relation d'objet fusionnelle ou narcissique. Le lien à l'autre se voit dès lors attaqué :
 - dans *un versant schizophrénique*, le contact est carencé, le repli sur soi domine, avec une activité intérieure assez intense mais dont les contenus de pensée se révèlent illogiques. Le contact peut être marqué d'une froideur du comportement relationnel, d'un désintérêt objectal ou d'oscillations sentimentales soudaines.
 - dans *un versant paranoïaque*, la projection sur l'objet domine, les pulsions refusées par le moi se trouvent projetées sur l'objet devenant immédiatement persécuteur, ce qui peut aussi s'exprimer par un caractère particulièrement revendicatif et rancunier, de la méfiance, de la frigidité affective, une déformation dans les jugements.
- Dans les *organisations limites* (notion 14), l'**idéal du moi** est en conflit avec le **ça** et la **réalité externe**. En découle une relation d'objet centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre, la nécessité vitale de sa proximité, le danger immédiat étant la dépression. L'autre, souvent idéalisé, vu comme grand et protecteur ou comme susceptible de donner une image valorisée de soi, est recherché comme prolongement de soi, pour « se coucher contre » lui (selon le sens de l'étymologie *anaklitos*), dans une attente passive de satisfaction de la part de partenaire indispensable. Ce mode de relation place les deux partenaires tour à tour dans le rôle du grand ou du petit, de persécuteur ou de persécuté. Le prototype de ce type

de relation, l'imaginaire parental, est constitué d'une image phallique-narcissique asexuée, souvent idéalisée, avec laquelle il convient de conserver un mode de relation de type prégénital. Bergeret utilise l'image du petit chien promené par sa « patronne » : lequel, sous la neige, dans la rue, tard le soir pour l'ultime et obligatoire sortie du soir, tient l'autre en son pouvoir ?

Dans ces différentes modalités, le conflit est considéré dans son jeu intrapsychique. Et il est inéluctablement articulé aux conflits interpersonnels et, au-delà, aux conflits individu/société, comme Freud l'a mis en évidence (1921, 1929).

Pour s'exercer

Les tests projectifs constituent un outil permettant d'explorer les modalités de traitement des conflits psychiques. Ci-dessous, voici quatre exemples de réponses différentes face à la planche 4 du TAT, sur laquelle figure une femme proche d'un homme qui se détourne. En arrière-plan, on peut deviner, en flou, une fenêtre et un petit tableau de femme. La différence des sexes est marquée, sans différence de génération. Sur le plan latent, cette planche renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple, avec les deux pôles agressivité/tendresse, ou encore amour/haine. Elle sollicite le tiers (la guerre, une autre femme) pouvant déterminer le départ de l'homme dans un contexte œdipien ou l'angoisse de séparation et d'abandon (Brelet-Foulard et Chabert, 2003, p. 45).

Dans les récits suivants, de quel conflit s'agit-il et quelles sont les instances mobilisées ?

1. *« C'est un homme qui a décidé de quitter sa femme, et sa femme ne sait pas pourquoi. L'homme lui dit qu'il ne veut pas lui faire de mal mais qu'il a envie de vivre avec une autre et elle, elle s'accroche et elle a l'impression d'être impuissante, et elle pense qu'il n'y a pas de plus gros malheur que l'homme, qu'elle aime, la quitte. »*
2. *« C'est une femme qui est complètement désespérée en voyant l'homme qu'elle aime partir. Elle se demande si elle doit le retenir*

ou pas, si elle doit lui demander s'il l'aime ou pas... Elle se demande ce qu'elle doit faire. »

3. *« C'est des gens... C'est des gens qui... On dirait des amoureux parce qu'elle tient un garçon puis ils ont l'air content. Ils ne font pas la tête... Elle est comme une star, bien habillée, on dirait une affiche de cinéma. »*

4. *« Un couple de personnes se tient dans les bras. Derrière eux, il y a une femme qui est assise par terre, qui regarde le sol, elle se tient une jambe et son genou est sur son autre jambe, elle chasse une guêpe. Le monsieur regarde le profil. Sa chemise est toute douce, elle sent l'ail et il a sûrement étranglé la guêpe. »*

Rédigez vos réponses avant de vous reporter au corrigé p. 268.

Dans le meilleur des cas, le conflit se déploie sur la scène intrapsychique. Lorsque les capacités de mentalisation sont insuffisantes et lorsque les mécanismes d'évitement ne sont plus efficaces, le conflit tend à s'externaliser. Cette externalisation peut se faire sur les modes de :

- La **somatisation** : une partie du corps ou des organes deviennent la cible privilégiée de projection. Chez les sujets concernés, une impossibilité d'exprimer des émotions et des sentiments est souvent décelée – ce que les psychanalystes de l'École de psychosomatique de Paris (Marty, 1991) appellent la *pensée opératoire*. À l'inverse de la conversion hystérique (notion 12), la réponse somatique est dépourvue de sens.
- Le **passage à l'acte** (notion 18) : l'environnement extérieur devient la cible de projection.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BERGERET, J. (1996). *La Personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.

PERRON, R. (2005). Conflit. In A. de MIJOLLA (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p. 364-365). Paris : Hachette.

Pour approfondir

BRELET-FOULARD, F., CHABERT, C. (2003). *Nouveau Manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

FREUD, S. (1921) Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse* (éd. 1981, p. 117-217). Trad. fr., Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, (1929) *Le Malaise dans la culture*. Trad. fr., Paris : PUF, 2002.

MARTY, P. (1991) *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Laboratoires Delagrangue, Les empêcheurs de penser en rond.

9. Le complexe d'Œdipe

9.1 Définition

Le *complexe d'Œdipe* est défini par Freud dans sa forme positive par le désir incestueux pour le parent de sexe opposé et le désir de meurtre pour le parent de même sexe. À l'inverse, sa forme négative se caractérise par le désir incestueux pour le parent de même sexe et le désir de meurtre pour le parent de sexe opposé. Dans la réalité, les deux formes coexistent et interagissent (Freud, 1923).

Le complexe d'Œdipe joue un rôle fondamental dans le développement psycho-sexuel de l'enfant et la structuration de sa personnalité. Son apparition dans l'enfance et sa reviviscence à l'adolescence nécessitent une résolution, qui permettra :

- l'instauration des instances de l'appareil psychique, et en particulier celle du surmoi et de l'idéal du moi ;
- un choix d'objet d'amour à l'extérieur de la famille et l'identification à la position paternelle pour le garçon et maternelle pour la fille ;
- l'accès à la sexualité génitale.

Cependant la situation œdipienne persiste dans l'inconscient, dans la mesure où elle représente un organisateur central de la vie psychique.

La manière dont le complexe d'Œdipe a été traversé et résolu est par ailleurs considérée comme fondamentale dans les différents types de psychopathologies et en particulier dans la psychose.

9.2 Complexe d'Œdipe positif et négatif

C'est à partir de son auto-analyse et de sa pratique clinique (voir le cas Dora en 1905 et celui du petit Hans en 1909) que Freud découvrira le complexe d'Œdipe. Celui-ci deviendra rapidement un concept central de la psychanalyse. Mais il s'agit d'un œdipe au travail, puisqu'il ne concerne au départ que sa composante positive ou directe. Ce n'est qu'en 1923, que sa forme complète sera décrite dans *Le Moi et le Ça*, avec la notion de complexe d'Œdipe négatif ou inversé.

- Dans le complexe d'Œdipe positif, le garçon désire épouser sa mère (fantasme incestueux) et entre de ce fait en rivalité avec son père, qu'il souhaite tuer (fantasme de parricide). Il craint alors d'être châtré par ce dernier. Cette angoisse de castration lui permettra de renoncer à la réalisation de ses désirs incestueux envers sa mère et de s'identifier à son père – il désire devenir comme lui. L'intériorisation des interdits parentaux (interdit de l'inceste et du parricide) permet ainsi la constitution du surmoi et de l'idéal du moi. La dissolution du complexe instaure le primat de la génialité sur les pulsions partielles, l'investissement d'objets d'amour extérieurs à la famille mais aussi l'ascension à une identification masculine.
- Dans le complexe d'Œdipe négatif, le garçon désire son père et entre en rivalité avec sa mère. Par une régression à l'identification primaire, il désire alors être la mère (et non seulement être comme sa mère).

La constitution bisexuelle physique et psychique de chaque être humain est à l'origine de ces deux formes du complexe d'Œdipe, qui coexistent dans le psychisme.

Le complexe d'Œdipe de la fille ne sera considéré de manière spécifique que plus tard, dans les textes que Freud consacrera à la sexualité féminine (1925). L'angoisse de castration tiendra pour la fille une place différente que pour le garçon, puisqu'elle l'initiera à la problématique œdipienne. À la découverte de son clitoris, elle développerait une « envie du pénis »,

à laquelle sa mère ne pourrait pas répondre. Elle s'en détournerait alors, désirant un enfant du père, qui recouvrirait ainsi une signification phallique. Le complexe d'Œdipe impliquerait ainsi chez elle (autre différence par rapport au garçon), un changement de l'objet d'amour initial – la mère. Il faut noter que ces développements freudiens concernant le complexe d'Œdipe féminin et en particulier sa notion d'« envie du pénis », furent à l'origine de nombreuses critiques de la part d'analystes principalement femmes.

Dans *Totem et tabou* (1913) Freud s'interroge sur l'universalité du complexe d'Œdipe, quelles que soient les variations historiques et socioculturelles. Pour Freud, le complexe d'Œdipe permet non seulement d'éclairer la problématique sous-jacente aux névroses, mais également la constitution de la société humaine tout entière. Il avance l'hypothèse du meurtre originel du père de la horde primitive : à l'aube de l'humanité, il aurait existé un tyran sanguinaire, qui s'appropriait toutes les femmes et en interdisait l'accès à ses fils. Ceux-ci scellèrent un pacte, tuèrent le père puis en dévorèrent la dépouille. Ce meurtre originel et ses conséquences (prohibition de l'inceste, respect du totem comme substitut du père mort) marqueraient alors le point de départ de la religion, du droit et même de l'art. Ce mythe permet à Freud de faire des correspondances entre ce qui est vécu par l'enfant au moment du complexe d'Œdipe, ce qui est refoulé par les névrosés et ce qui interdit socialement dans les sociétés archaïques.

Cette hypothèse très critiquée d'un point de vue historique et même anthropologique, est néanmoins intéressante dans la mesure où elle vient signifier l'exigence faite à tout être humain de traverser la problématique œdipienne et par ce biais d'accéder à une situation triangulaire, dans laquelle le désir sexuel incestueux est prohibé par une instance interdiciatrice.

9.3 Complexe d'Œdipe précoce

Melanie Klein (1945) a proposé la conception d'un complexe d'Œdipe plus précoce que celui décrit par Freud, comme succédant aux phases orales, anales et phalliques. Les écrits kleinien décrivent les premières formes du complexe d'Œdipe et du surmoi, faisant leur apparition durant la phase orale du développement psycho-sexuel de l'enfant et plus

particulièrement durant la position dépressive. Le complexe d'Œdipe se développerait au départ de manière semblable chez la fille et le garçon.

L'enfant est satisfait mais également nécessairement frustré dans sa relation au sein maternel, car il désire une satisfaction illimitée. Il se tourne alors vers le pénis paternel, en cherchant une satisfaction orale. La relation fantasmatique au sein viendrait modeler celle au pénis paternel. Ainsi, le sein et le pénis représentent les premiers objets des désirs oraux. Ils sont toujours vécus comme bons et mauvais à la fois, étant satisfaisants mais également frustrants.

Comme objets de la libido orale, ils vont être introjectés et former ainsi le noyau du surmoi. Melanie Klein (1945) postule ainsi la formation d'un surmoi archaïque, bien antérieur à la constitution du surmoi freudien. Comme les objets primitifs que sont le sein et le pénis, leurs imagos primitives auront également une double valence. Ces premières identifications correspondent à des figures protectrices et secourables, mais également à des figures vengeresses et destructrices. C'est donc principalement de cette relation intériorisée à la mère que découlent les caractéristiques principales du surmoi, avec son aspect aimant et protecteur ou, à l'inverse destructeur, et dévorant.

À ces désirs oraux pour le pénis paternel vont se mélanger des désirs génitaux, liés à une connaissance innée et inconsciente du pénis et du vagin, chez la fille et le garçon. On observe ainsi un stade précoce du complexe d'Œdipe, positif chez la fille et négatif chez le garçon. Ce complexe d'Œdipe précoce est traversé par de l'angoisse, de la culpabilité et des sentiments dépressifs, conséquences des sentiments agressifs et de haine, dus à la frustration ressentie dans la satisfaction des désirs. La culpabilité ressentie par l'enfant n'apparaît ainsi pas au moment de la résolution du complexe d'Œdipe durant la phase génitale, mais bien avant, en lien avec le désir sadique-oral de dévorer la mère et en particulier ses seins. Néanmoins ce complexe d'Œdipe précoce est également caractérisé par le besoin de réparer les objets ainsi attaqués.

Concernant la spécificité du complexe d'Œdipe féminin, Klein (1945) précise que l'envie du pénis et le complexe de castration sont vécus par la fille. Mais elle souligne, que sa principale angoisse concerne la peur que son corps soit attaqué et dépouillé de ses objets intérieurs aimés.

9.4 Complexe d'Œdipe et psychose

On retrouve de nombreux écrits consacrés à la manière dont le complexe Œdipe vient se conjuguer dans la psychose. Searles soulignait le « très surprenant oubli des tabous de l'inceste » chez ces patients.

À titre d'exemple, nous présentons la conception de Racamier (1980), qui à la suite d'une longue expérience clinique avec des patients schizophrènes, propose la notion d'*antœdipe*. D'après cet auteur, l'œdipe du schizophrène est « une incursion hors du tissu œdipien » et pas seulement une régression à des formes primitives du complexe. Pour les névrosés et même les pervers, les fantasmes œdipiens se déploient toujours dans un certain cadre, même s'ils peuvent être refoulés ou niés. Ce cadre est délimité par la différenciation des sexes et la scène primitive.

L'antœdipe du schizophrène en revanche est à la fois ante-œdipien et anti-œdipien, dans la mesure où il met en place un triangle subverti, dans lequel le schizophrène est aussi bien à sa place d'enfant qu'à celle de son père. Il s'auto-engendre. Sa relation avec la mère est une relation incestueuse, de laquelle le père est exclu. Cette relation de séduction narcissique représente une défense contre le conflit œdipien et ses angoisses, notamment l'angoisse de castration et de la scène primitive. En découle l'absence de constitution d'un véritable surmoi chez ces patients.

Cas clinique

Dans le cas du Petit Hans (1909), Freud rapporte un bel exemple d'un fantasme à matériel œdipien. Hans, un petit garçon âgé de presque cinq ans, a développé une phobie des chevaux. Une nuit, il vient dans le lit de ses parents, après avoir fait un rêve, dont voici le contenu : « Il y avait dans la chambre une grande girafe et une girafe chiffonnée, et la grande a crié que je lui avais enlevé la chiffonnée. Alors elle a cessé de crier, et alors je me suis assis sur la girafe chiffonnée » (Freud, 1909, p. 116). Le lendemain matin, il avait honte d'expliquer à sa mère, pourquoi il les avait rejoints dans le lit parental.

Les éclaircissements proposés de ce fantasme révèlent le conflit œdipien, traversé par Hans et son lien avec sa phobie des

chevaux.

La grande girafe représente le père ou le grand pénis et la girafe chiffonnée représente la mère ou son organe génital. Dans ce fantasme, Hans défie son père, qui finit par cesser de crier et prend possession de sa mère, en s'asseyant sur la girafe chiffonnée. Dans la réalité extérieure, une scène similaire se jouait les matins, puisque Hans venait demander à sa mère un câlin dans son lit et ceci malgré les protestations du père.

En même temps, Hans avait peur d'être rejeté par sa mère, car le pénis qu'il peut lui proposer est moins grand que celui de son père, d'où son sentiment de honte.

Le désir de Hans d'éliminer son père, pour pouvoir réaliser ses désirs incestueux envers sa mère se heurtait à son amour pour son père, créant un conflit d'ambivalence. Hans refoula alors ses pulsions agressives envers son père et déplaça son angoisse de castration sur les cheveux, dont il avait peur d'être mordu ou d'assister à la chute.

La peur de l'agressivité du père ou, à l'inverse, de sa chute, déplacée sur les cheveux, est à la mesure du désir inconscient et inavouable de l'éliminer. Cette phobie est entretenue dans la mesure où elle est plus acceptable que le désir sous-jacent tant qu'il est impensable et donc inaccessible.

Pour aller plus loin

Lectures recommandées

FREUD, S. (1905). Fragments d'une analyse d'hystérie. In *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1992.

FREUD, S. (1909). Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans. In *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1992.

FREUD, S. (1913). *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, S. (1923). Le moi et le ça, In *Essais de psychanalyse* (éd. 1981, p. 219-275). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, S. (1925). Quelques conséquences psychiques de la différence des sexes au niveau anatomique. In *La Vie sexuelle*. Paris : PUF, 1970.

FREUD, S. (1931). La sexualité féminine. In *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1970.

KLEIN, M. (1945). Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces. In *Essais de psychanalyse 1921-1945*. Paris : Payot, 1968.

RACAMIER, P.C. (1980). Œdipe et schizophrénie, ou l'antœdipe. In *Les Schizophrènes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1990.

SIROTA, A. (2014). L'émergence de la conscience moderne. Nouvelle préface de S. FREUD (1913). *Totem et tabou* (p. 1-26). Paris : Éditions Payot et Rivages, édition numérique (Epub).

Pour approfondir

DEVEREUX, G. (1953). Why Oedipus killed Laios : A note on the complementary Oedipus complex. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 132-141.

DONNET, J.-L., GREEN, A. (1973). *L'Enfant de ça*. Paris : Les Éditions de Minuit.

PONTALIS, J.-B. (2011). La relation d'objet et les structures freudiennes. Compte rendu de J.-B. Pontalis. *Bulletin de psychologie*, 64 (6), 516, 503-518.

SEARLES, H. (1977). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard.

ANGOISSE ET MÉCANISMES DE DÉFENSE

10. Angoisse

11. Mécanismes de défense

Les conflits psychiques suscitent des tensions plus ou moins tolérées, générant des affects d'intensité variable. Les **angoisses** (notion 10) sont des affects pénibles : le sujet éprouve un vécu de danger dont l'origine n'est pas consciente. Elles peuvent être plus ou moins massives, plus ou moins récurrentes, plus ou moins invalidantes. Un peu comme un bataillon mobilisé en cas de menace, les **mécanismes de défenses** (notion 11) sont utilisés par le moi pour affronter et éviter l'angoisse. De même que les stratégies défensives varient en fonction du terrain et des circonstances, les représentants pulsionnels, c'est-à-dire les affects et/ou les représentations (notion 3), seront maniés de manière spécifique en fonction des défenses mobilisées. Ces défenses s'avéreront plus ou moins coûteuses, plus ou moins élaborées, plus ou moins efficaces. Nous verrons que chaque angoisse occupe une place et une fonction spécifique dans le fonctionnement psychique du sujet. Ainsi, le repérage de la nature de l'angoisse et du cortège de défenses mobilisées constitue une étape essentielle du diagnostic. Ce repérage restera aussi très important pour évaluer les processus de changement au décours d'un traitement psychanalytique.

10. Angoisse

Comme le font remarquer Laplanche et Pontalis (1967), le terme français « angoisse » ne recouvre pas totalement le terme allemand *Angst* dans son usage freudien. Dans son expression courante, *Ich habe Angst vor...* signifie « J'ai peur de... », il est alors question d'une peur ayant un objet déterminé. Alors que dans son acception freudienne, l'angoisse se définit par une absence d'objet extérieur. L'angoisse est le plus souvent indéterminée. Lors d'un danger réel, l'angoisse se distingue de la peur dans la mesure où elle soulève avant tout un danger interne.

Palacio Espasa (2002, p. 105) propose la **définition** suivante : « L'angoisse est un affect de caractéristiques négatives où l'individu éprouve un vécu de danger dont l'origine n'est pas consciente. »

Freud élabore **deux théories de l'angoisse**, dans lesquelles l'absence de décharge ainsi que l'absence de satisfaction de pulsion jouent un rôle fondamental.

- Dans sa **première théorie** (Freud, 1895), la première pulsion sexuelle non déchargée se transforme en angoisse par un mécanisme biologique. Dès lors, l'excitation sexuelle somatique ne peut pas s'élaborer à l'aide de représentations. Les représentations sexuelles sont alors soit refoulées et leur excitation sont dérivées vers le somatique, donnant lieu à des symptômes (conversion hystérique), soit déplacées vers des représentations substitutives (hystérie d'angoisse ou névrose phobique).
- En somme, l'angoisse est directement liée à la pulsion : la libido se change en angoisse dès le moment où la pulsion ne peut atteindre une satisfaction (Freud, 1905). Ce qu'il illustre en ces termes dans une note ajoutée en 1920 : « L'angoisse névrotique est un produit de la libido, comme le vinaigre est un produit du vin ». Ce qui peut être résumé par la formule « Le refoulement crée l'angoisse » (Boulanger, 1972, p. 82). Selon ce point de vue purement économique, ce mécanisme est comparable au simple blocage d'une fonction d'organe (miction, défécation, etc.) déclenchant une tension douloureuse.
- Dans la **deuxième théorie** (Freud, 1926), plus complexe, l'angoisse apparaît comme une véritable formation du moi : seul le moi éprouve une angoisse, dont la source peut venir du monde extérieur, du ça ou du surmoi. L'angoisse émerge comme signal de danger mobilisant toutes les énergies disponibles pour lutter contre les motions pulsionnelles issues du ça, celles-ci demeurant isolées de la mobilisation du moi (alors que dans la première théorie, il n'y avait pas de notion de danger). Le moi est donc le siège de l'angoisse, en réaction à un danger interne, contrairement à la première théorie de l'angoisse selon laquelle l'énergie des motions refoulées est automatiquement transformée en angoisse. L'angoisse n'est donc plus une transformation automatique, liée au refoulement. Ce n'est plus le refoulement qui crée l'angoisse, mais le refoulement et les symptômes névrotiques sont considérés comme des produits de l'angoisse. L'angoisse névrotique résulte d'un état de tension dont il est impossible de se libérer par la décharge.

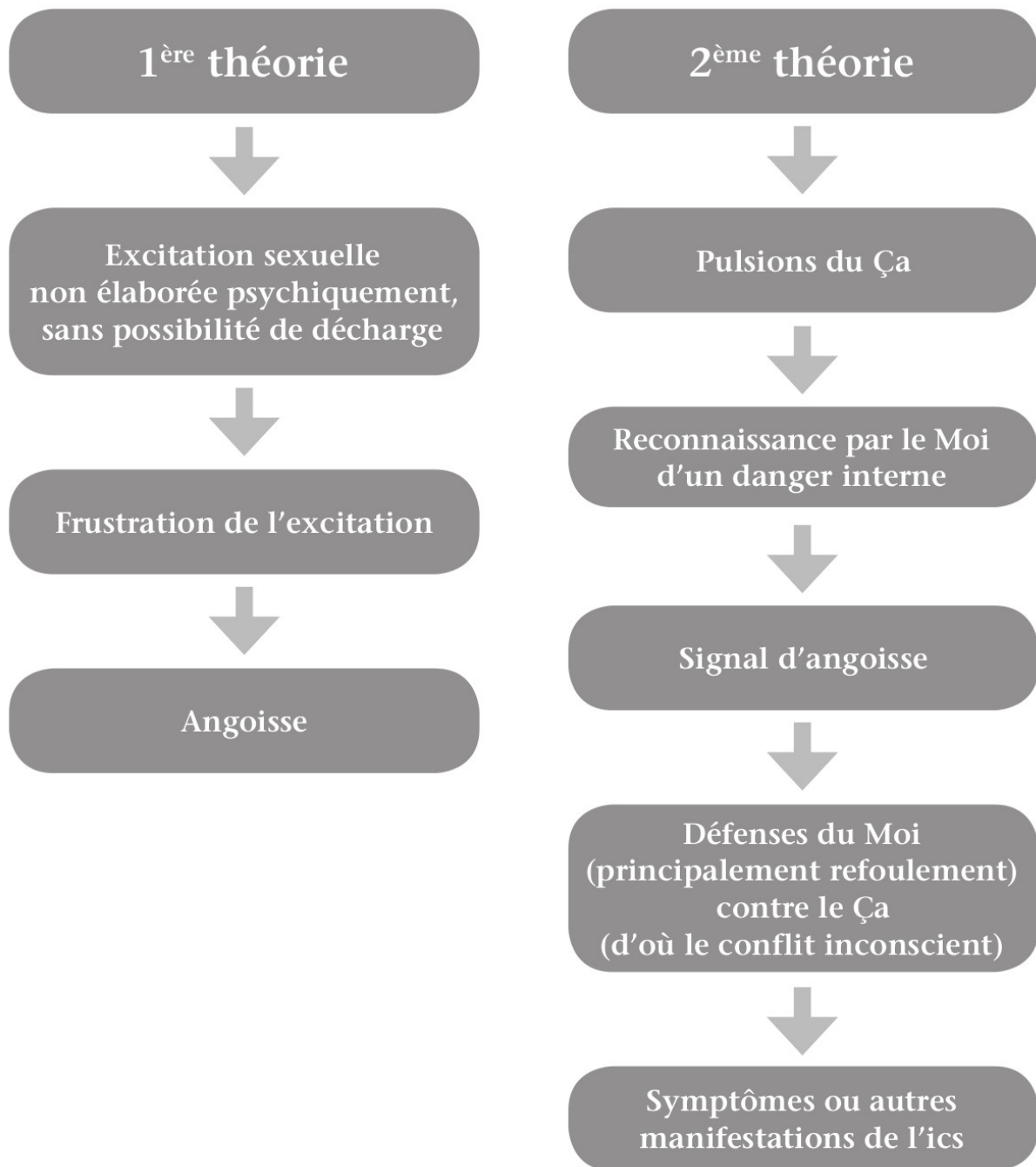


Figure 3.1 – Les deux théories de l'angoisse selon Freud

S'agissant d'un affect, l'angoisse a un double versant : somatique et psychique. Pour que cet affect ait une signification psychique, l'objet doit être *a minima* différencié d'une ébauche du moi. La séparation entre les différentes instances psychiques (moi, ça, surmoi) est donc une condition d'apparition de l'angoisse.

À l'aube de sa vie psychique, face à un apport sensoriel excédant les possibilités de pare-excitation et de décharge, le nourrisson peut éprouver des états de tension (Spitz, 1968) ou d'alarme face à un déséquilibre intérieur provoqué notamment par la faim ou la réplétion vésicale ou intestinale. Il s'agit là, non pas d'angoisse à proprement parler, mais de **précurseurs de l'angoisse**. Les bébés ne réagissent pas tous de la même façon à ces premiers traumatismes. La *peur devant un objet inconnu*, premier organisateur selon Spitz, résulte du premier pré-affect manifesté par le sourire et suppose une première ébauche d'objet, à partir d'environ 3 mois. Pour cette même période de vie, M. Klein propose, à partir d'analyses précoces d'enfants, la notion d'*angoisse schizo-paranoïde*. Cet autre précurseur d'angoisse suscite deux mécanismes de défense le plus souvent concomitants : le *clivage** et l'*identification projective** (notion 13).

La première angoisse, lorsque le moi et l'objet se différencient, est qualifiée d'**angoisse dépressive** (Klein) ou deuxième organisateur (Spitz) ou encore angoisse de séparation (Bowlby). Les auteurs décrivent, chacun à leur manière, la concomitance de l'apparition de la première ébauche totale du moi, de l'objet et de l'angoisse. Ainsi, l'angoisse dépressive selon M. Klein est la peur (éprouvée par moi déjà unifié) de perdre un objet perçu comme un tout, c'est-à-dire dont les deux parties clivées sont à la fois réunies et incorporées. Tandis que selon Spitz cette angoisse est liée à la reconnaissance du visage de la mère comme différent des autres et à l'affect qui survient lorsque ce visage et cette personne (désormais perçue comme extérieure) disparaissent et ne peut être remplacée par un autre visage ou par un masque comme au stade du premier organisateur.

10.1 Angoisse et structure

Dans une perspective psychopathologique, l'analyse de l'angoisse et de sa place au sein d'une organisation conflictuelle apporte des éclaircissements à l'évaluation diagnostique. Bergeret propose des **correspondances entre types d'angoisse, mécanismes de défense et structure psychopathologique** :

- L'**angoisse de castration** est caractéristique de la névrose (notion 12), relevant de la menace de perte d'un objet partiel (le pénis). Il s'agit d'une

tentative de réponse à l'énigme posée par la différence anatomique des sexes.

- **L'angoisse de perte d'objet** est caractéristique des fonctionnements limites (notion 14), avec menace de dépression. Elle se réfère à la question de la permanence des représentations des objets totaux à l'intérieur de la psyché.
- **L'angoisse de morcellement** ou d'anéantissement est caractéristique des psychoses (notion 13). Par crainte d'un impact trop violent de la réalité, ou au contraire de la perte de contact avec cette réalité, l'unité identitaire est remise en cause, les processus primaires dominant, les affects sont soit massifs, débordants, envahissants, soit totalement absents.

Il faut bien sûr veiller à ne pas tomber dans l'écueil d'une systématisation excessive qui engagerait une conception linéaire et dès lors réductrice. Un même type d'angoisse attaché à une problématique spécifique est susceptible d'être traité différemment selon chaque sujet.

10.2 Angoisse et défenses

L'angoisse n'est pas toujours repérable en tant que telle par des signes donnés ni énoncée, surtout chez l'enfant. Les angoisses les plus dramatiques ne sont d'ailleurs pas toujours les plus bruyantes. Dans un contexte clinique, c'est très souvent notre propre angoisse face à un patient qui nous fait explorer plus avant. L'angoisse induite ou angoisse-écho est finalement un signe clinique, supposant une expérience d'auto-analyse personnelle suffisante en amont. L'angoisse peut être plus ou moins mentalisée, plus ou moins consciente. Elle peut encore être agie, sans représentation, ni culpabilité.

L'angoisse automatique-traumatique est comprise comme une manifestation directe du ça, envahissant et débordant les capacités défensives du moi, induisant un état de panique, d'impuissance, de désespoir. Le moi ne peut alors que subir l'angoisse, les défenses échouent.

L'angoisse signal d'alarme, quant à elle, constitue une manifestation du moi pour ordonner la mise en œuvre d'opérations défensives contre les pulsions émanant du ça. Les mécanismes de défense, même imparfaits, témoignent d'une activité symbolique fonctionnant sans dommage majeur.

Pour s'exercer

De quelle angoisse prépondérante chaque propos pourrait-il être imprégné ?

1. « ...une prétendue pluralité, chez moi, de têtes (à savoir que j'aurais possédé plusieurs individualités sous un même crâne) [...] Je veux encore me souvenir de l'œsophage et des intestins, qui se trouvaient être fréquemment déchirés ou se volatilisaient ; le larynx ensuite... je dois signaler un miracle qui prenait tout le bas-ventre, désigné sous le nom de pourriture du bas-ventre. Ce miracle était le fait régulier de l'âme de von W... On s'efforça donc de me pomper la moelle épinière, ce qui se fit par l'intermédiaire de petits hommes qu'on m'expédiait par les pieds. »
2. « Conrad, écoute bien ! Ne suce plus ton pouce ; car sinon le tailleur avec les ciseaux viendra aussitôt, et il te coupera les pouces comme du papier. »
3. « Oh ne jure pas par la lune, l'inconstante lune, qui change chaque mois en son orbite ronde, de peur que ton amour ne se montre comme elle changeant. ».

Indiquez vos réponses, avant de consulter le corrigé p. 269.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1926). Angoisse, douleur et deuil. In *Inhibition, symptômes et angoisse*, « Suppléments » (éd. 2002, p. 81-84). Paris : PUF.

JEANCLAUDE, C. (2016). *Freud et la question de l'angoisse. L'angoisse comme facteur d'évolution*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

KLEIN, M. (1932). *La Psychanalyse des enfants*. Paris : PUF, 1959.

PALACIO ESPASA, F. (2005). Angoisse. In A. DE MIJOLLA (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p. 105-108). Paris :

Hachette.

Pour approfondir

BOWLBY, J. (1962). L'anxiété de la séparation. *Psychiatrie de l'enfant*, 5 (1), 317-355.

CHABERT, C. (1983). L'angoisse. In *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod, p. 205-214.

DIATKINE, G. (2001). *Angoisse de séparation et angoisse de morcellement*, 65 (2), 395-408.

FREUD, S. (1895). Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que « névrose d'angoisse » (éd. 1989, p. 31-58). In *Œuvres complètes III*. Paris : PUF.

FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Trad. fr. Paris : Gallimard, 1987.

FREUD, S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoides*) (le Président Schreber), In *Cinq psychanalyses* (éd. 2003, p. 263-324). Paris : PUF.

FREUD, S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.

GREENACRE, P. (1953). *Traumatisme, croissance et personnalité*. Paris : PUF, 1971.

LUSTIN, J.-J. (1972). Clinique infantile. In J. BERGERET (dir.), *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 244-336). Paris : Masson.

SCHREBER, D. P. (1903). *Mémoires d'un névropathe*. Paris : Seuil, 1975.

SPITZ, R.A. (1968). *De la naissance à la parole, la première année de la vie de l'enfant*. Paris : PUF.

11. Mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont des opérations du moi visant à affronter et à éviter l'angoisse, les affects ou représentations pénibles ou le malaise psychique. Ils ont pour fonction l'organisation et le maintien de conditions psychiques optimales. Ils participent à l'élaboration du conflit intrapsychique, sous-jacent au fonctionnement psychique, et tentent de réduire son intensité en rendant inaccessible à l'expérience consciente l'un des éléments du conflit. Mais si leur utilisation est excessive ou inappropriée, la croissance psychique se voit compromise.

Ils diffèrent selon le type d'affection, l'étape génétique, le degré d'élaboration du conflit.

La qualification du système défensif en référence aux modèles psychopathologiques ou nosographiques représente un pivot essentiel de l'évaluation diagnostique, démarche complexe puisque des mécanismes de défense relativement semblables prennent des significations diverses selon le contexte conflictuel auquel ils s'intègrent.

Le **refoulement***¹ constitue la principale défense, la plus élaborée génitalement. Ce processus actif vise à conserver hors de la conscience les représentations inacceptables. Mécanisme de mode névrotique, il évite l'angoisse de castration (notion 10) en créant une séparation entre conscient et inconscient, laissant le moi intact dans son intégrité. Dans une certaine mesure, cette fonction est indispensable à la simplification de notre existence courante.

Du refoulement, émane comme un réseau de défenses accessoires et satellites, demeurant dans une orbite névrotique, comme :

- L'**isolation**, séparant la représentation gênante de son affect (notion 3).
- Le **déplacement** : la représentation gênante d'une pulsion interdite est séparée de son affect et celui-ci est reporté sur une autre représentation, moins gênante, mais liée à la première par un élément associatif. Ce mécanisme est à l'œuvre dans les phobies devant l'échec du refoulement. Comme dans l'exemple du Petit Hans (Freud, 1909) : la haine (pulsion interdite) du père (représentation) est désagréable et déclenche la peur du père (affects). Par déplacement, l'affect gênant quitte la représentation-père et se fixe sur la représentation-cheval, qui ont comme élément associatif commun d'avoir un gros « fait-pipi ».

- **L'évitement**, mécanisme visant à épargner la rencontre avec la représentation isolée ou déplacée.

Nombre de mécanismes de défense portent sur les représentations, en particulier le refoulement, alors que la *répression* porte sur les affects. La **rationalisation** est une justification défensive des affects. Le *contre-investissement* résulte d'une opposition à l'investissement par le conscient de représentations indésirables : d'autres représentations sont investies car plus édulcorées et autorisées que celles qui sont anxiogènes, dangereuses, et donc désinvesties. La **formation réactionnelle*** est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de réaction opposée à l'investissement inconscient. Par exemple, la sollicitude en réaction à des représentations violentes ou agressives, ou les exigences de propreté en réaction à un désir de souiller.

Un autre groupe de défenses correspond à des mesures plus radicales, plus archaïques que le refoulement, et sort nettement de l'orbite névrotique, principalement :

- Le **dédoublement du moi** : mécanisme de défense de mode psychotique pour lutter contre l'angoisse de morcellement (notion 10) et de mort, dernier rempart contre un éclatement psychotique, contre la perte des limites du moi. Il opère une amputation du moi telle qu'une partie du moi demeure en contact opératoire avec la réalité non gênante tandis qu'une autre partie de ce même moi perd tout contact avec cette réalité, en en déniaient les aspects angoissants.
- Le dédoublement des imagos ou **clivage*** : habituel chez les états-limites, pour lutter contre l'angoisse de perte d'objet (notion 10). Pour ne pas avoir à se dédoubler, le moi se déforme et distingue deux secteurs dans le monde extérieur : un secteur adaptatif avec lequel le moi joue librement et un secteur anaclitique avec le moi se limitant à des relations organisées selon la dialectique dépendance-maîtrise. À propos du même objet, le moi distingue tantôt une imago positive et rassurante, tantôt une imago négative et terrifiante, sans possibilité de concilier les deux imagos contradictoires. Ce mécanisme s'accompagne de l'**idéalisation**.

Avec leurs satellites :

- La **dénégation** : mécanisme plus archaïque que le refoulement puisque le représentant pulsionnel n'est pas refoulé mais apparaît dans le conscient,

le sujet s'en défendant en refusant d'admettre qu'il puisse s'agir d'une pulsion qui le touche personnellement. Il s'agit d'éliminer une représentation gênante en refusant de la reconnaître comme nous concernant. L'accès à la représentation se fait donc par la négation de son origine : « Je n'ai pas pensé cela », ce qui fait ainsi apparaître à la fois la représentation et la défense. Ce mécanisme peut être un précurseur du refoulement.

- L'**annulation**, consistant à défaire ce qu'on a fait, à considérer que des représentations gênantes évoquées dans des actes, des pensées ou des comportements du sujet n'auraient pas existé. Dans les actes expiatoires, dans certains besoins de vérification et dans des mécanismes obsessionnels, une attitude est annulée par une seconde attitude destinée à supprimer non seulement les conséquences de la première attitude mais cette attitude en soi du fait même qu'elle constitue un support pour la représentation interdite. Il s'agit d'éliminer une représentation gênante en l'effaçant.
- le **déni** élimine une représentation gênante en niant carrément la réalité même de la perception liée à cette représentation. Il n'y a donc pas besoin de refoulement : le déni porte sur la réalité elle-même qui n'a jamais eu à devenir consciente.
- l'**identification projective*** : mécanisme décrit par M. Klein se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder ou le contrôler. L'identification projective pathologique est dédiée à l'évacuation en force au prix de la confusion soi/autrui, tandis que l'identification projective normale vise à introduire dans l'objet un état psychique dans le but d'entrer en communication avec lui à propos de cet état, ce qui présuppose une défusion préalable.
- L'**identification à l'agresseur** : mécanisme décrit par S. Ferenczi et A. Freud par lequel on devient celui dont on avait peur, en le supprimant, allant de la simple inversion des rôles (jouer au docteur, au loup) à une véritable introjection de l'objet dangereux.

Ayant une place à part en raison de leur relation avec la dialectique identificatoire du moi et du non-moi :

- L'**introjection** ou le **retournement contre soi** : s'il s'agit d'un mouvement élaboratif au cours du développement infantile, S. Ferenczi décrit ce mécanisme régressif et défensif chez l'adulte, faisant entrer dans l'appareil psychique des aspects du monde extérieur. Face à la douleur de l'absence extérieure de l'objet, son installation en soi constituerait un remède. Comme dans la mélancolie, le sujet s'adresse à lui-même les reproches qui n'ont pas le droit d'être adressés à l'être aimé.
- La **projection*** : mécanisme en trois temps, décrit par Freud : d'abord la représentation gênante d'une pulsion interne est supprimée, ensuite ce contenu est déformé, enfin il fait retour sur le conscient sous la forme d'une représentation liée à l'objet externe. Le phobique déplace à l'extérieur le danger pulsionnel interne, comme le petit Hans (Freud, 1909) avec les chevaux.

Encore à part, vu ses particularités, la **sublimation*** touche à la fois la représentation et le but pulsionnel : la pulsion est dérivée vers un nouveau but non sexuel, autorisé par le surmoi, et où elle vise des objets socialement valorisés.

11.1 Dans les différentes structures

Parmi les *fonctionnements névrotiques*, dans les structures obsessionnelles le refoulement s'associe essentiellement à l'isolation, au déplacement, à l'annulation et aux formations réactionnelles, éventuellement la rationalisation, tandis que dans les structures hystériques d'angoisse le refoulement s'associe à la projection, au déplacement et à l'évitement, et dans les structures hystériques de conversion le refoulement peut être seul, sans exclure le recours à des défenses plus archaïques.

Dans les *fonctionnements psychotiques*, les principales défenses sont le déni de la réalité et le dédoublement du moi, l'identification projective, la projection, sans exclure des défenses de mode névrotique, notamment obsessionnel.

Dans les *fonctionnements limites*, les principales défenses sont le clivage des objets, l'idéalisation, sans exclure d'autres défenses.

11.2 Du « sain » au « pathologique »

Un sujet sain peut recourir à des mécanismes de défense diversifiés et suffisamment souples, permettant un jeu pulsionnel suffisant n'opprimant pas le ça et tenant compte de la réalité sans inquiéter le surmoi, tout en permettant au moi de s'enrichir constamment dans une relation aux autres suffisamment mature pour autoriser les échanges et les satisfactions à un niveau d'élaboration génital. L'autre est alors considéré comme un autre sujet, différent de nature, égal en capacités diverses et complémentaire dans l'échange. En revanche, la pathologie est le fait du manque de diversité, de souplesse, de subtilité et d'efficacité des mécanismes de défense habituels.

Dans la pratique, cette démarcation n'est pas aussi nette. Par moments, un mécanisme à réputation sévère peut prévaloir, et il importe d'observer si d'autres mécanismes jouent plus librement à côté. Les mouvements régressifs sont l'apanage de toute trajectoire humaine, sans pour autant empêcher d'avancer.

Pour s'exercer

Deux amis s'appelaient régulièrement et sortaient souvent ensemble, allaient jouer au tennis. Sans explication, l'un d'eux ne donne plus signe, ne répond pas au téléphone, semble éviter les rencontres. Celui qui veut garder contact réagit, se pose des questions ou se donne des explications selon ses mécanismes de défense prévalents :

- 1) « *Qu'est-ce que j'ai fait ? Je lui ai fait du mal ?* »
- 2) « *Ce n'est pas possible, il est si correct, jamais il ne ferait ça.* »
- 3) « *Je ne sais pas pourquoi, je suis mal à l'aise quand je passe devant sa maison.* »
- 4) « *Nos idées politiques sont différentes.* »
- 5) « *Il n'aime pas mon chien.* »
- 6) « *Ce n'est pas que je lui en veux.* »
- 7) « *Je suis inquiet, il a peut-être des problèmes de santé ?* »
- 8) « *Il m'en veut.* »
- 9) « *Il ne supporte pas le mauvais temps.* »
- 10) « *Il est méchant, mes autres amis sont gentils.* »
- 11) « *Je lui en veux... non, ce n'est pas vrai.* »

12) « *C'est sympa, nous nous voyons souvent.* »

13) « *J'évite d'y penser.* »

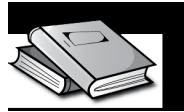
14) « *Je ne vais plus faire signe à tel autre ami.* »

15) « *Je n'aime plus jouer au tennis.* »

16) « *Je confectionne une œuvre artistique en lien avec le tennis et notre amitié.* »

Pour chaque réaction, quel est le mécanisme de défense prévalent ?
Indiquez vos réponses avant de consulter le corrigé p. 269.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BERGERET, J. (1972). Problème des défenses. In *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 107-129). Paris : Masson.

BERGERET, J. (1996). *La Personnalité normale et pathologique*, Paris : Dunod.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (éd. 1998, p. 234-237). Paris : PUF.

SCHMID-KITSIKIS, E. (2005). Défense – mécanisme de. In A. DE MIJOLLA (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p. 427-431). Paris : Hachette.

Pour approfondir

CHABERT, C. (1983). Les mécanismes de défense. In *Le Rorschach en clinique adulte* (p. 215-244). Paris : Dunod.

FREUD, S. (1909). Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans. Le Petit Hans. In *Cinq psychanalyses* (éd. 2003, p. 93-198). Paris : PUF.

MISSONNIER, S. (2009). Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces. *Le Divan familial*, 22 (1), 15-31.

1. Les mécanismes suivis d'un astérisque sont développés dans l'ouvrage de N. de Kernier, *30 grandes notions de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (Dunod, 2015).

LES GRANDES STRUCTURES ET MODES DE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

- 12. Névroses**
- 13. Psychoses**
- 14. Fonctionnements limites**
- 15. Le cas particulier des « troubles du spectre autistique »**
- 16. Le cas particulier de la « perversion »**

Le repérage de la principale angoisse et des mécanismes de défense privilégiés permet de définir l'organisation psychique profonde du patient, bien au-delà d'un simple tableau symptomatique. La nosographie différencie trois principales organisations psychiques, qui servent de repère pour comprendre le psychisme du patient et donc le traiter : les **névroses** (notion 12), les **psychoses** (notion 13) et les **fonctionnements limites** (notion 14). Les deux premières sont considérées comme des structures : dans ces deux cas, une organisation assez stable, une cristallisation. C'est-à-dire qu'un sujet structuré sur un mode névrotique ne pourra développer qu'une névrose s'il décompense, de même qu'un sujet structuré sur un mode psychotique ne pourra décompenser que sur un mode psychotique. La troisième organisation est considérée comme une astructuration, occupant une position intermédiaire entre névrose et psychose mais tout en formant une entité spécifique avec une organisation qui la caractérise. De par leur instabilité, les fonctionnements limites sont plus fragiles qu'une structure. Pour ces fonctionnements astructurés, subsiste cependant la possibilité qu'ils se cristallisent dans l'une des structures voisines, plus solides.

Les symptômes ne sont pas toujours rattachés à une structure. Par exemple, un épisode délirant peut survenir chez un sujet n'étant pas structuré sur un mode psychotique, des pensées obsédantes chez un sujet n'étant pas structuré sur un mode névrotique. Il importe d'appréhender tout symptôme dans une dynamique plus globale et plus complexe, en comprenant sa fonction dans l'économie psychique et dans la relation à autrui, et en prenant en compte l'angoisse prévalente et le jeu des défenses.

Tableau 4.1 – Tableau synthétique des grands repères structurels

	Symptômes	Angoisse	Relation d'objet	Défenses principales
Psychose	Dépersonnalisation Délire	de morcellement	fusionnelle	Déni Dédoublement du moi
État limite	Dépression	de perte d'objet	anaclitique	Dédoublement des imagos Idéalisation Clivage

Névrose	Signes Hystériques Obsessionnels Phobiques	de castration	génitale	Refoulement
----------------	---	---------------	----------	-------------

Source : Bergeret, J. (1972). Les états limites et leurs aménagements. In J. Bergeret (dir.), *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 227). Paris : Masson.

De même, les défenses habituellement rencontrées dans des structures névrotiques ne sont pas exclusivement réservées à celles-ci. Elles peuvent par exemple se retrouver dans une structure psychotique, de même qu'un sujet dont la structure est d'un registre névrotique peut recourir par moments à des défenses de mode psychotique. Ainsi, pour éviter les confusions diagnostiques, il importe de ne pas qualifier une défense de « psychotique » ou de « névrotique » mais de parler d'une défense « de *mode* psychotique » ou « de *mode* névrotique ».

Les diagnostics structurels ne concernent que la psychopathologie de l'adulte. Quand il s'agit d'enfant et surtout d'adolescent, on évite de parler de « structure » car le fonctionnement psychique est encore en train de s'organiser, en fonction de la constitution interne, des relations aux parents dès les tout premiers moments de vie, des aléas des réponses de l'environnement, des événements, des traumatismes, des frustrations, des conflits rencontrés. Chez l'enfant et chez l'adolescent, le psychisme est donc en voie de structuration.

À côté de ces trois grandes familles nosographiques, existe toute une gamme d'aménagements dérivés. Et il y a les cas particuliers des « **troubles du spectre autistique** » (notion 15) et de « **perversion** » (notion 16) qui font débat.

12. Névroses

12.1 L'organisation névrotique

Le terme de névrose désignait d'abord une affection psychogène spécifique, pour progressivement désigner, de manière plus étendue, une **organisation psychique** à laquelle sont rattachées l'hystérie, la névrose

obsessionnelle et la névrose phobique. Qu'elle soit vue comme une atteinte psychique ou comme une entité organisationnelle, la névrose se caractérise par l'expression **symbolique** d'un **conflit psychique** trouvant ses racines dans l'**histoire infantile** du sujet. Les symptômes sont compris comme l'expression de ce conflit psychique en constituant des **compromis entre le désir et la défense** et en exprimant des relents d'identifications inconscientes issues du scénario œdipien.

Au XIX^e siècle, la névrose est considérée comme une maladie du système nerveux, à laquelle on rattache un siège organique précis et fonctionnel. Par exemple, l'utérus serait concerné dans l'hystérie, mais sans inflammation ni lésion de structure. Ensuite, Freud a particulièrement mis en évidence le mécanisme psychogène où le conflit est déterminant. Il hérite aussi d'une culture psychiatrique de langue allemande qui distingue assez bien les formes cliniques qui s'apparentent à la psychose et celles qui s'apparentent à la névrose. Mais son souci n'est pas tant la classification et les frontières diagnostiques que la mise en évidence du conflit psychique sous-jacent entre, d'une part, les représentants pulsionnels au service du désir et, d'autre part, les défenses au service de l'adaptation et d'une vision de la « normalité ». Autrement dit, les instances psychiques principalement en jeu dans ce **conflit** (notion 8) sont le **ça** et le **surmoi** (notion 7).

L'expression du conflit psychique requiert, pour son déploiement, la présence en tout un chacun d'une scène intrapsychique, c'est-à-dire d'un **espace intérieur**, ce que Freud et Breuer (1895, p. 15) nommaient un « théâtre privé », où les représentations et affections peuvent être mis en scène, être dramatisés à travers scénarios et ainsi être élaborés. Cet espace mental implique une **distinction suffisante entre réalité interne et réalité externe** ainsi que l'accès à un registre **symbolique**, ce qui ne va pas de soi dans les organisations psychotiques. Le prototype du conflit névrotique est le désir incestueux fondateur de l'Œdipe (notion 9). Ce conflit se situe au niveau génital (notion 2), même si certaines défenses peuvent emprunter des voies de régression pré-génitales. L'entrée dans l'Œdipe signe l'aménagement de l'organisation névrotique, autour de l'angoisse de **castration** (notion 10) principalement. Les principaux jalons en sont : la **reconnaissance des différences**, et en particulier l'acceptation des

différences des sexes, la reconnaissance des **limites**, dont l'irréductible issue mortelle de tout un chacun et dès lors la reconnaissance de la finitude.

Les organisations névrotiques prennent différentes formes, les plus typiques étant la forme *hystérique*, apparaissant comme l'expression d'une pulsion habitée par le corps, et à l'inverse la forme *obsessionnelle* résultant d'une mentalisation intense. Ces deux formes coexistent souvent au sein d'une même personnalité, s'articulant comme des fonctionnements complémentaires.

Le concept de névrose, quelle que soit sa forme, a totalement disparu de certaines classifications, notamment le DSM-5, cette classification ne faisant pas référence à la psychanalyse ni à l'orientation thérapeutique qui en découle mais privilégiant d'autres orientations. Les catégories nosographiques mises en avant changent pour certains, alors que pourtant les troubles et les patients sont bien là. Dans une approche psychanalytique, nous ne nous limitons pas à un relevé de symptômes, nous nous intéressons surtout à l'organisation sous-jacente.

12.2 Névrose hystérique

« Hystérie » est dérivée du mot grec signifiant « utérus ». Selon la théorie de l'époque d'Hippocrate, l'utérus se déplaçait dans le corps, provoquant des symptômes, ce qui amenait Platon à appréhender l'hystérie comme un trouble nerveux propre aux femmes n'ayant pas eu de grossesses et abusant de plaisirs vénériens, exprimant un désir ardent d'engendrer.

La névrose hystérique est également appelée « hystérie de conversion ». Dans le fonctionnement névrotique hystérique, les **affects** (notion 3) sont tout particulièrement investis dans l'expression des conflits, dans leur mise en scène dramatisée. Le mécanisme de refoulement (notion 11) est fortement mobilisé. Le **refoulement** des représentations gênantes s'étend à une lutte contre l'activité représentationnelle, au profit de la mise en avant des affects.

La mise en scène passe souvent par le corps, jusqu'à des conversions somatiques : anesthésies, rétrécissement du champ visuel, paralysies, douleurs du corps sans cause médicale détectée. Les symptômes sont vus comme des mouvements du corps qui échappent à son auteur.

Les principales caractéristiques des personnalités hystériques sont la **séduction** et l'**avidité affective** : besoin d'attirer l'attention sur soi, égocentrisme, dépendance affective, manque de contrôle émotionnel, coquetterie, provocation, érotisation de la relation... Cette avidité peut amener à raccourcir les distances avec l'autre, ce qui donne à première vue l'impression d'une offre affective immédiate. L'oralité est fortement mobilisée, affichée par une sorte de gloutonnerie affective. L'hystérique est aussi « un grand dévoreur d'identifications » (Chartier, 1972, p. 177). Il y a une condensation entre l'oralité et la génitalité, ce que Freud (1905) met en évidence dans le cas Dora qui a des symptômes persistants de toux et d'aphonie : l'analyse met en évidence que le chatouillement du gosier provoquant la toux représente entre autres inconsciemment une situation de satisfaction sexuelle *per os* entre deux personnes dont les relations amoureuses préoccupent sans cesse Dora et auxquelles elle s'identifie.

L'impression d'avidité qui se dégage de l'hystérique est cependant trompeuse si l'on s'y arrête car le rapprochement de l'autre est souvent de très courte durée, la moindre réponse à cette « offre et demande » entraînant une rupture et une fuite. Le fonctionnement hystérique est donc également caractérisé par la **fuite** ou l'**amnésie**. Le retrait peut aller de la fugue véritable au simple oubli d'événements où le sujet est trop engagé dans ses affects. Le mouvement hystérique peut être ainsi figuré comme une danse où un pas en avant est aussitôt suivi de trois pas en arrière. Il y a un double mouvement séduction-retrait, marquant une ambivalence au niveau du corps.

Comme le met en évidence J.-P. Chartier, l'hystérique mène pour ainsi dire une double vie :

- Ses symptômes, physiques ou psychiques, semblent lui conférer une aisance qui donne un aspect théâtral en laissant l'angoisse sous-jacente inaperçue, et qui souligne en même temps le besoin d'avoir des spectateurs. Cette insouciance, signe d'un refoulement réussi des représentations gênantes, est régulièrement qualifiée de « belle indifférence de l'hystérique ». Les affects se détachent des représentations gênantes pour se convertir soit en symptôme somatique ou corporel, soit en équivalent psychique. Ainsi, les représentations sexuelles refoulées du système conscient semblent resurgir dans la manifestation des affects et

parler, à l'insu de l'hystérique, à travers les symptômes et sous le couvert de mécanismes de déplacement.

- L'envers du décor de cette « belle indifférence » est cependant douloureux : le sentiment d'abandon, d'impuissance et d'échec réveillent une angoisse endormie. Cette dernière peut devenir disproportionnée ou bien à nouveau disparaître.

M. Khan (1974, p. 152) propose l'hypothèse que l'hystérique répond dès les premières années de son enfance aux défaillances d'un maternage suffisamment bon par un développement sexuel précoce. L'érotisation de la relation sert en fait à lutter contre l'angoisse résultant d'une communication et de contacts mère-enfant insatisfaisants, mais elle entraîne une excitation elle-même anxiogène, suivie de frustration. Les restes de représentations sont retournés en son contraire : le désir sexuel est transformé en dégoût sexuel. En fait, si l'interdit s'impose, ce n'est pas tant parce que le désir serait coupable mais parce qu'il serait marqué par l'insatisfaction. L'inceste est à la fois inconsciemment désiré et redouté, ce qui amène une anticipation permanente de la castration par la fuite, afin d'anticiper la mesure de rétorsion, d'où la « belle indifférence ».

Ainsi, l'hystérie est à la fois invisible et douloureuse, du fait de l'envahissement des affects. Si « l'hystérique » peut être vue comme dévorée par ses affects (Green, 1973), son système de représentations est apparemment manquant. Ainsi, paradoxalement, les trous de mémoire constituent une défense contre une remémoration constante en lien avec des fantasmes touchant les objets sexuels incestueux. Si « l'hystérique souffre de réminiscences » (Freud et Breuer, 1895, p. 117), il ne s'agit en fait pas tant de souvenirs que d'impressions vagues et floues du passé, impalpables, émanant d'une mémoire sensorielle et affective.

Cas clinique

En venant consulter, Valentine pleure d'emblée. « Dès que je pense à ce que j'ai à dire, je pleure. » Ce débordement d'affects semble entraver la mise en représentations et en récit. Après une première expérience professionnelle à l'étranger juste après ses très longues études, elle décide de rentrer en France suite à une déception amoureuse et une nostalgie du pays. Trouver un

nouveau travail est difficile, les entretiens d'embauche sont assez nombreux mais n'aboutissent pas, bien qu'elle arrive presque toujours parmi les deux ou trois candidats préférés. Arrivant chez ses parents, elle découvre qu'elle n'a plus de chambre : « Ma mère pensait que je ferais ma vie là-bas et alors elle a défait ma chambre... Quand je suis rentrée il n'y avait plus ma chambre. » En disant que la France n'a pas d'avenir, que c'est la crise, sa mère la dissuadait de revenir, ce qu'elle a très mal vécu. « Avant j'étais très proche de ma mère, très copine avec elle, et puis tout d'un coup je me suis sentie lâchée », dit-elle entre deux sanglots. Elle est enfant unique et voit peu son père qui travaille jusque tard le soir, ayant une profession très prenante tout en étant un artiste passionné. Elle a souffert d'une relation amoureuse marquante avec un homme distant et agressif, la rendant souvent jalouse. Par la suite, il y a eu une histoire de courte durée avec quelqu'un de « très gentil mais ennuyeux », c'est-à-dire le « contraire » du premier partenaire.

En revenant de l'étranger, elle trouvait qu'elle avait les cuisses trop grosses, « des cuisses de cheval ». Sa mère lui a offert une liposuccion. Elle relate : « Le chirurgien m'a demandé si je voulais aussi me refaire les seins. Je n'y avais pas du tout pensé et je n'avais pas ce souhait. Mais il m'a montré plusieurs prothèses, et je ne sais pas ce qui m'a pris, j'ai dit "oui" et puis après l'opération je me suis retrouvée avec des gros seins, je n'ai pas du tout aimé, je n'aime pas, ce n'était pas du tout ce que je voulais. » Elle est sous le choc. Elle hésite à « refaire » ses seins et se sent d'autant plus freinée dans l'idée de se rapprocher d'un homme. Elle ne se souvient pas de ses rêves récents, mais de deux cauchemars très anciens : dans le premier, à trois ans, elle se voit toute seule sur un tapis roulant sur lequel des têtes de morts de couleurs fluo brillent et clignotent ; dans le deuxième, vers 8-10 ans, elle est entourée d'eau un peu rouge, comme du sang, avec du sable qui bouge, elle ne sait pas où ça la mène, elle est seule et perdue. C'est dans ce contexte de solitude, en manque de repères, qu'elle vient me demander de l'aide, peut-être en redoutant que je

puisse, comme sa mère, manquer de permanence, voire l'abandonner. Lors de la prochaine consultation, après un report alors qu'elle avait exprimé son souhait de revenir dans un court délai, elle arrivera avec une heure d'avance, se voyant, de ce fait, obligée d'attendre son heure dans une solitude semblable à un enfant que je ne peux accueillir. Ce va-et-vient entre avidité et fuite rythme la danse hystérique. Dans les rêves évoqués, les couleurs plein la vue, un peu comme des trompe-l'œil, apparaissent comme une expression affective typique de l'hystérie, afin de camoufler, tant bien que mal, des représentations angoissantes réveillant l'angoisse de mort – les têtes de mort – ou la sexualité féminine – l'eau rouge n'étant pas sans faire penser aux menstruations, ce qu'elle reconnaît dans les associations consécutives aux récits de rêves. Après quelques séances, alors qu'elle investit l'espace thérapeutique, elle annonce : « J'ai rencontré quelqu'un. Mentalement je l'aime beaucoup, mais physiquement il est moche, je ne suis pas attirée par lui. Après, je ne sais pas si un jour je le trouverai beau. Peut-être hein... » Elle précise que ses « ex » étaient moches aussi et que « les beaux, ça ne marchait jamais : trop loin ou ils partaient... ». De manière répétée, elle semble inconsciemment ériger des barrières ou des écrans pour éviter un rapprochement érotique trop intense, trop désirable, comme si tout désir pouvait devenir coupable ou à l'issue fatale.

12.3 Névrose obsessionnelle

Cette forme de névrose dégagée par Freud constitue l'un des cadres majeurs de la clinique psychanalytique. Les idées obsédantes, les rites conjuratoires, la compulsion à accomplir des actes indésirables allant de pair avec la lutte contre ces pensées constituent des symptômes dits « compulsifs », en tant que mode d'expression du conflit psychique. La rumination mentale, le doute, les scrupules caractérisent le mode de pensée, donnant lieu à des inhibitions de la pensée et de l'action (Laplanche et Pontalis, p. 284).

Si la névrose hystérique est marquée, nous l'avons vu, par une ambivalence au niveau du corps, la névrose obsessionnelle est quant à elle marquée par une ambivalence au niveau de la pensée. Alors que la dramatisation hystérique implique un surinvestissement des affects, la dramatisation obsessionnelle implique quant à elle un **surinvestissement de la pensée**.

Les **pensées obsédantes** peuvent être comprises comme une intrusion, dans le champ de la conscience, d'une pensée, d'une image parasite qui s'impose au moi et évolue à ses côtés sans qu'il la reconnaisse comme sienne, ce qui suscite une lutte anxieuse. Si elles s'imposent de manière permanente et intense jusqu'à monopoliser toute la vie mentale, on parle de **pensées obsessionnelles** ou **obsessions**. Ce n'est pas le cas de la pensée obsédante qui ne modifie pas la vie psychique même si elle peut la perturber.

La dynamique sous-jacente à la névrose obsessionnelle se décèle par :

- Les *mécanismes de défense* (notion 11) : essentiellement le déplacement de l'affect sur les représentations plus ou moins distantes du conflit originel, l'isolation (permettant une mise à distance des affects, d'où la froideur des gestes et l'absence d'émotivité), l'annulation rétroactive, la formation réactionnelle. Ces défenses se mobilisent éperdument dans un combat incessant contre le refoulé, mais ce combat évolue en défaveur des forces refoulantes.
- Les enjeux *pulsionnels* : ambivalence, fixation au stade anal, régression. L'investissement anal consiste notamment à contrôler la rétention et le don, un peu comme le jeune enfant qui acquiert la maîtrise des sphincters. La manie des collections ou les compulsions de vérification en sont des exemples. Toute compulsion d'ordre comporte une certaine manipulation de la saleté et du désordre.
- La *topique* : relation sado-masochique intériorisée sous la forme de tension entre le moi et le surmoi particulièrement cruel.

Lesdits « troubles obsessionnels compulsifs » ne correspondent pas toujours à cette dynamique, puisque dans leur description par le DSM toute idée de plaisir est évacuée, y compris celle liée aux bénéfices secondaires. Les « TOC », décrits dans des classifications méconnaissant les racines

conflictuelles, ne peuvent donc être tenues pour équivalentes aux névroses obsessionnelles, même lorsque des symptômes se recoupent.

Cas clinique

À presque 30 ans, Roseline vient consulter en s'interrogeant sur son orientation professionnelle. Ses cheveux sont sévèrement ordonnés et attachés, sa tenue sombre et austère (ce sera chaque fois la même), son visage pensif, voire renfrogné. Elle s'ennuie au travail, bien qu'elle soit très consciencieuse dans ses tâches, et elle ressent tout particulièrement un mal-être depuis qu'elle a entendu ses parents parler de divorce il y a deux ans. Bien qu'ils n'aient pas divorcé, elle voit ses parents cohabiter malheureux ensemble. Elle-même a toujours eu des relations distantes avec ses parents mais a toujours cherché à leur faire plaisir. En particulier, elle avait choisi des études susceptibles de plaire à son père, dans le même domaine professionnel que lui. Aujourd'hui, elle s'aperçoit, non sans scrupule, que ce n'était pas ce qu'elle souhaitait réellement faire. Ce n'est qu'après plusieurs mois de thérapie qu'elle se risquera à démissionner pour repenser son projet professionnel, non sans culpabilité car elle pense décevoir son père. De longs silences ponctuent son discours, elle rumine des pensées répétitives d'un ton monocorde, notamment sur son travail, et envisage des voies alternatives avec beaucoup d'hésitation et de scepticisme. Elle classe méticuleusement les brochures de formation mais le choix est difficile. De son enfance, elle se souvient surtout des disputes avec sa sœur cadette dont elle avait mal accepté la naissance. Elle a appris à retenir son agressivité, au point qu'il lui est difficile d'en parler à présent. Elle se considère comme la « préférée » de son père tandis que sa sœur aurait été plus proche de sa mère : « Au début, mon père n'avait d'yeux que pour moi, il disait à ma mère à propos de ma sœur : "Occupe-toi de ta fille", comme si moi j'étais seulement la fille de mon père. » Elle pense que ses parents auraient préféré avoir des garçons que des filles. Roseline a eu une relation sérieuse avec un homme durant

plusieurs années, mais ne lui consacrait presque pas de temps car elle était absorbée par ses études et concours. Pendant longtemps, elle ne l'avait pas présenté à ses parents, craignant surtout que son père apprenne qu'il a redoublé sa troisième. Avec détachement, elle explique : « Après, il y a eu des petites histoires qui ont duré deux-trois mois et souvent on n'avait pas d'affinités, et finalement c'était comme si je faisais ce qu'il fallait pour être abandonnée. » Il y a juste eu un homme dont elle avait été amoureuse, lorsqu'elle était adolescente, et qu'elle aurait été fière de présenter à son père, un voisin qui avait travaillé avec lui. Lycéenne, elle était tombée amoureuse de lui, c'est le seul homme qu'elle ait vraiment estimé, mais il ne s'est jamais rien passé. Elle comprend qu'elle a beaucoup de difficulté à parler de ses émotions. « On n'a jamais été éduqués à ça, on nous disait toujours de ne pas nous plaindre. » Après quelques mois de thérapie, elle évoque vite fait qu'elle sort avec un homme, elle en parle peu. Il semble prendre beaucoup moins d'importance que sa mère qu'elle va voir le week-end, qui est souvent seule, qui se plaint régulièrement de douleurs et pour qui Roseline semble s'inquiéter, d'autant plus que son père a un projet de long voyage auquel il ne songe pas à associer son épouse. Elle dit : « Je reproche souvent à ma mère de tout garder, de tout accumuler, c'est maladif. J'ai voulu organiser un rangement avec elle et l'aider mais elle n'a rien fait. » Nous pouvons comprendre que le lien à son père prend une telle place, depuis l'enfance, tout en étant connoté de culpabilité, qu'elle ne peut pas se rendre disponible pour un homme de sa génération. Le seul amour qu'elle ait éprouvé, adolescente, envers le voisin, était imprégné de cet attachement incestueux puisqu'il exerçait le même métier que son père et était assez bien plus âgé qu'elle. La rivalité à la mère ne semble pas pensable, ni élaborable. Nous pouvons envisager son inquiétude récurrente à son égard et sa proximité avec elle comme une formation réactionnelle.

12.4 Névrose phobique

Également appelée « hystérie d'angoisse » pour marquer une similitude structurale avec l'hystérie de conversion ou névrose hystérique, le symptôme central de cette névrose est la phobie, c'est-à-dire le surgissement d'une angoisse démesurée et irrationnelle lors de la rencontre avec un objet ou une situation précise.

Par exemple, Freud (1895) avait décrit la phobie des magasins chez Emma. Sa fuite éperdue déclenchée par le rire des jeunes commis peut être comprise comme une projection à l'extérieur de sa culpabilité intérieure. L'approche du vieil épicier est en effet considérée comme une scène de séduction. Enfant, elle n'était pas mûre pour recevoir une excitation sexuelle face à ses gestes, mais les changements provoqués par la puberté ont amené une nouvelle compréhension des faits remémorés. Elle fuit dès lors ce par quoi elle pourrait être attirée : les jeunes gens représentent des objets sexuels susceptibles d'émouvoir la jeune fille. La phobie des chevaux du « Petit Hans » (Freud, 1909) est un autre exemple : ce petit garçon est pris entre les sentiments tendres pour son père et l'agressivité envers celui qui vient troubler sa quête de proximité de sa mère. Son agressivité, d'abord exprimée par le désir que le cheval tombe, est déplacée (notion 11) afin de conserver intact le premier sentiment d'amour envers le père.

Comme dans la névrose hystérique (voir *supra*), le refoulement sépare l'affect de la représentation. Cependant, dans la névrose phobique, l'affect détaché de la représentation n'est pas converti comme dans la névrose hystérique mais libéré sous forme d'angoisse. Les symptômes phobiques ont dès lors la fonction de tenter de lier à nouveau l'angoisse devenue libre. Ainsi, une représentation précise (par exemple le magasin pour Emma ou le cheval pour Hans) condense les chaînes représentatives anxiogènes (l'attraction sexuelle envers les jeunes gens pour Emma ou la rivalité au père pour Hans), afin que l'angoisse ne reste pas libre, non liée.

L'**objet contraphobique** constitue un remède provisoire, une béquille en quelque sorte : Emma ne peut pas rentrer seule dans le magasin, mais la présence d'un tiers familial le lui permet ; le petit Hans est beaucoup plus rassuré en présence de sa mère.

Une forte avidité, vécue comme interdite ou trop frustrante, peut être progressivement mise à jour à l'aide d'un travail analytique. L'angoisse d'être dévoré, souvent sous-jacente, peut être comprise comme un contre-

investissement de cette avidité intense. Ainsi, la fuite de l'objet peut traduire le désir inavouable de cet objet et dont l'intensité devient menaçante.

Cas clinique

Mère de famille, Ophélie s'inquiète de ses élans agressifs soudains envers son entourage, surtout sa belle-famille, sans en comprendre les raisons. Des crises de larmes s'imposent parfois, « pour rien ». « Pourtant, j'ai une famille aimante, j'ai de beaux enfants, j'ai tout pour être heureuse », dit-elle. Actuellement enceinte de son troisième enfant, elle a peur : « Ce n'était pas prévu. » Son conjoint est lui-même un troisième enfant, un « accident », rappelle parfois sa belle-mère, qui a même avoué : « J'ai failli avorter. » Elle parle de ses enfants : son fils aîné (4 ans) était très attendu, sa fille (2 ans) était ensuite arrivée rapidement et lorsqu'elle était enceinte d'elle, elle s'était demandé : « Comment je vais l'aimer autant que mon fils aîné ? » Elle dit se sentir souvent coupable de ne pas donner assez d'attention à un enfant si l'autre la sollicite. Elle pleure bruyamment en disant : « Avoir un enfant, c'est faire passer quelqu'un d'autre avant soi. » Elle-même est une deuxième enfant et sa mère, dont elle est très proche, avait rêvé d'un troisième enfant « mais ceci n'a pas été validé par mon père », explique-t-elle. Lors de la deuxième séance, elle annonce « une petite nouveauté » : elle a fait une fausse couche. En parlant de son enfance, elle songe : « Ma mère me dit souvent que j'étais le talon d'Achille de mon père. S'il avait pu me mettre sous cloche pendant mon adolescence, il l'aurait fait. D'ailleurs, j'étais très proche de lui jusqu'en 6^e : je l'accompagnais à la boxe, parce qu'il est entraîneur de boxe. Et puis il m'a dit : "Ce n'est plus possible, tu ne viens plus avec moi parce qu'il y a trop de garçons à la boxe qui pourraient te regarder." J'étais malheureuse de ne plus l'accompagner. D'ailleurs, je n'avais pas envie de grandir. Pourtant, ma mère me dit souvent que je n'ai pas eu de complexe d'œdipe comme souvent les filles qui disent qu'elles veulent se

marier avec leur père. D'ailleurs, toute petite, je rapprochais mes parents, j'adorais qu'ils se fassent des câlins devant moi. Je les serrais l'un contre l'autre. Je n'ai pas eu un gros œdipe. » Ophélie est gênée par une phobie du sang, particulièrement invalidante quand des prises de sang sont nécessaires, notamment pour ses suivis de grossesse. Elle pleure et grimace en évoquant des souvenirs d'enfance : « Ma grand-mère égorgeait les poulets. Et elle faisait le *sanguetto* (une préparation méditerranéenne à base de sang laissé coaguler puis bouilli). Les bols de sang dans le frigo, c'était répugnant. Et puis mon grand-père avec toutes ses croûtes de sang. Je l'ai toujours connu malade. Ma grand-mère changeait ses pansements et on voyait toutes les blessures de son corps. Ma mère me dit que j'ai toujours eu très peur du sang. Quand j'ai eu 16 ans, elle m'a dit : "Tu devrais surveiller ton taux de cholestérol, parce que j'en ai, et toutes les femmes de la famille en ont." Elle avait raison, il s'est avéré que j'ai dû faire un régime. C'était particulièrement contraignant. » Ainsi, la féminité, en écho aux menstruations notamment, est présentée par sa mère comme dangereuse et contraignante. Comme son père Ophélie s'inquiète beaucoup pour sa santé, le moindre petit bouton suscite une angoisse importante. Elle se considère aussi comme « sanguine », c'est-à-dire « passant d'un extrême à l'autre et détestant l'injustice ». Ce terme rejoint aussi la phobie du sang qui apparaît très condensée. Elle rapporte régulièrement des rêves qui sont « des poids pour toute la journée » : elle se voit en désaccord avec une amie plus âgée qu'elle, ou elle accouche dans un bain d'eau noire et a peur que le bébé disparaisse, emporté par cette marée noire, et sa mère, à côté d'elle lui disant : « Attention, il va partir. » La phobie peut ainsi être comprise comme liée à la relation à la figure maternelle. Chaque séparation avec sa mère, dont elle se dit très proche, est vécue comme un déchirement. Durant ses voyages en train, pour rejoindre sa mère ou partir de chez elle, elle se ronge le plus les ongles. Ce geste figurerait-il un fantasme inavoué de dévoration ? De son adolescence, elle souvient notamment : « Mon père me protégeait tout le temps, il avait peur de tous les garçons qui

pouvaient me regarder. Je ne pouvais pas sortir, pas partir en voyage avec mes amis. Et mon frère a pu partir en voyage avec ses amis alors qu'il était plus jeune que moi et que je n'étais encore jamais partie ! Et quand je demandais à mon père : "Pourquoi il peut et pas moi ?", il répondait : "Ton frère, il ne va pas revenir enceinte." Bon, alors je n'avais plus rien à dire. » Ce ressenti de jalousie du père a pu contribuer à une difficulté à s'éloigner du giron familial, à investir réellement un autre homme que lui et à se positionner comme une femme potentiellement rivale de sa mère. Tout conflit avec sa mère ou une femme pouvant représenter une figure maternelle semble impensable. Ceci apparaît par exemple quand elle parle de sa responsable hiérarchique, par qui elle se sent peu de soutenue lors de situations professionnellement délicates mais vis-à-vis de qui elle est incapable d'exprimer une colère et même de la ressentir. Elle va même jusqu'à ménager celle-ci lorsqu'elle en parle à ses collègues. Et elle fera le rapprochement avec sa mère : « C'est vrai que je cherche souvent à ménager ma mère, à la protéger. Je ne lui en ai jamais voulu, parce qu'elle s'est toujours très bien occupée de moi. Et quand j'étais en première année de fac et que j'avais mes opérations au dos, elle était aux petits soins pour moi tout le temps. Je sais aussi qu'elle a eu une enfance difficile. Ma mère était l'enfant accident, pas attendue. Sa mère pense que son mari ne serait peut-être pas mort si ma mère n'avait pas été là. Elle voulait faire des études d'infirmière, elle n'a pas pu parce que sa mère lui a dit : "J'ai besoin de toi pour t'occuper de ta nièce", parce que la sœur de ma mère a eu un enfant très jeune, inattendu, ma mère s'est donc occupée de ma cousine. Elle m'a eue jeune aussi. Elle fait toujours très jeune. C'est vrai que je l'ai toujours ménagée quelque part. D'ailleurs, quand je ne vais pas bien, je ne l'appelle pas. »

Peu à peu, elle apprivoise ses pensées, ses rêves, ses attentes, elle les exprime en psychothérapie psychanalytique. Quelques mois plus tard, elle dit : « Je ne pense plus à mes rêves en permanence... Je n'ai plus ces horribles rêves qui me faisaient si

peur » et se souvient d'un rêve plaisant : « Je voulais repeindre une étagère, je me disais que ça allait être difficile et puis, finalement les anciennes couches de peinture s'en allaient toutes seules, sans effort. Et je repeignais facilement l'étagère avec la couleur que j'aimais, c'était un vrai plaisir. Je me vois encore en train de repeindre cette étagère. »

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

CHARTIER, J.-P. (1972). Structures névrotiques. In J. BERGERET (dir.), *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 155-189). Paris : Masson.

FREUD, S. (1905). Fragments d'une analyse d'hystérie. Dora. In *Cinq psychanalyses* (éd. 2003, p. 1-91). Paris : PUF.

FREUD, S. (1909). Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans. Le Petit Hans. In *Cinq psychanalyses* (éd. 2003, p. 93-198). Paris : PUF.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (éd. 1998, p. 267-285). Paris : PUF.

Pour approfondir

COHEN DE LARA, A., MARINOV, V., MÉNÉCHAL, J. (2000). *La névrose obsessionnelle. Contraintes et limites*. Paris : Dunod.

FREUD, S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. In *La naissance de la psychanalyse* (éd. 2002, p. 307-396). Paris : PUF.

FREUD, S., BREUER, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF, 1978.

GREEN, A. (1973). *Le discours vivant*. Paris : PUF.

SÉCHAUD, E. (1998). La névrose. Perspectives psychanalytiques. *Psychologie clinique et projective* (4), 5-21.

13. Psychoses

Si une structure de personnalité névrotique suffisamment saine implique une identité suffisamment établie avec une reconnaissance de l'existence séparée du sujet et du monde objectal ou de ses représentations, un sujet fonctionnant sur un mode psychotique vit une menace constante de **perte d'identité**. Son fonctionnement est régi soit par un *clivage* absolu (fondamentalement autre, aliéné), soit par la *fusion* (sans distanciation objectalisante).

L'aliénation qui peut caractériser la structure de personnalité psychotique porte :

- d'une part sur le *contenu* : l'hallucination, le délire (notion 17), les « idées folles » ;
- d'autre part (et surtout) sur le *contenant* : l'altération de l'appareil à penser, avec pour corollaire une difficulté majeure de distinguer un *dedans* et un *dehors*, ainsi que les limites du *moi* et de l'*autre*. Les repères temporels se brouillent également, le temps s'immobilise et se fige.

La psychanalyse voit le dénominateur commun des psychoses dans une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité. La plupart des symptômes manifestes (par exemple les délires) sont compris comme des tentatives secondaires pour restaurer un lien objectal.

Autrement dit, tandis que dans la névrose le moi reste connecté à la réalité externe et obéit à ses exigences tout en refoulant les revendications pulsionnelles, dans la psychose le moi **dénie** des fragments de la **réalité externe** perçus comme trop dangereux, il se déconnecte dès lors de la réalité et reste dès lors sous l'emprise du ça. Dans un second temps, par le délire notamment, le moi reconstruit une nouvelle réalité, conforme aux désirs du ça. Bien qu'aberrante, cette néo-réalité devient plus avantageuse, voire indispensable au maintien de la vie psychique.

Le moi étant marqué par des frustrations précoces et des carences plus ou moins importantes de relation objectale, du fait l'absence ou de l'indisponibilité des principales figures d'attachement ou encore de l'inadéquation de leurs réponses aux besoins de l'enfant, il demeure fixé

à différents degrés de structuration préobjectale et prégénitale, essentiellement à la phase orale (surtout pour les formes schizophréniques) ou au premier sous-stade anal (surtout pour les formes paranoïaques). Bien que le sujet adulte structuré sur un mode psychotique vive, comme tout un chacun, des expériences anales et génitales, ce sont les phases de structuration anale ou génitale qui sont mal définies. Le narcissisme se voit insuffisamment développé, c'est dès lors la **mégalomanie** qui s'impose.

Selon Piera Aulagnier (1975), « la potentialité psychotique résulte de l'enkystement d'une pensée délirante primaire qui a pour fonction de tenter d'opérer la reconstruction d'un fragment manquant dans le discours de l'autre », ce qui fait dire à Catherine Azoulay (2002, p. 96) que « la pensée délirante primaire imprimerait du sens là où le discours de l'autre apparaît dénué de sens ou imprégné de non-sens ».

Contre-transférentiellement, la rencontre avec un sujet structuré sur un mode psychotique donne lieu à un **sentiment d'étrangeté**. La psychose constitue en effet, selon des formes variées, un univers psychique étrange, inhabituel et inconnu. Les mots énoncés ne s'adressent pas à un objet perçu comme séparé du sujet et n'ont pas valeur de signes faisant tiers entre le sujet et l'objet. Les principales difficultés tenant au contre-transfert du psychothérapeute, ayant notamment une fonction d'« ambassadeur de la réalité déniée » selon la formule parlante de Racamier, peuvent être « celle de comprendre ce que son patient essaie de lui communiquer, celle de supporter l'angoisse et les sentiments pénibles qui naissent de ce type de rencontre, et celle de résister à une tendance à agir au lieu de réfléchir » (Touzé, 1999, p. 15).

Là où dans la névrose les motions pulsionnelles peuvent, à l'appui des identifications suffisamment structurantes et d'un surmoi œdipien, se manier par petites quantités dans un système de pulsion-défense donnant lieu à des conflits intérieurs ; dans la psychose, les motions pulsionnelles n'arrivent pas à se constituer en système pulsion-défense du fait d'une carence identificatoire, de l'archaïsme des imagos et du caractère sadique et tout-puissant du surmoi. Les pulsions se voient dès lors totalement dissociées de ce qui pourrait servir de défenses. Vécues comme persécutives, elles se voient évacuées à l'extérieur en éléments épars. Les

mécanismes de **projection** priment, mais sous la forme très archaïque d'**évacuation** et de **contention**, avec une menace de **morcellement**.

Le dilemme du sujet dont le fonctionnement psychique est structuré sur un mode psychotique peut se formuler ainsi : comment projeter à l'extérieur les motions pulsionnelles qui l'habitent sans en perdre le contrôle, sans subir un morcellement ou une hémorragie définitif ?

13.1 Fonctionnement paranoïaque

Le système paranoïaque est une tentative de réponse à ce dilemme : il s'agit de circonscrire les produits de ses projections sans les perdre de vue. Le contrôle paranoïaque vise à maintenir les objets projetés à une certaine distance : pas trop près vu le risque de retour de la projection suscitant des angoisses de persécution, pas de trop loin vu le risque de perte de substance éveillant des angoisses de morcellement. Ainsi, la désignation d'un « mauvais objet », reflétant ainsi l'origine étymologique grecque du terme « paranoïa », *para-nous* signifiant « l'esprit tourné contre », permet au sujet de maintenir un tant soit peu un sentiment d'unité. Dans un besoin de maîtrise et une angoisse de persécution, le moi se distingue *a minima* du non-moi au prix d'une dépendance agressive à l'égard de l'objet.

Parmi les structures psychotiques, la structure paranoïaque occupe la position la moins régressive. Elle manifeste un système dit « linéaire » de pensée, opérant, comme avec les objets, par utilisation d'une seule idée à la fois en s'y attachant avec fermeté et opiniâtreté – ce qui peut rendre ces sujets difficiles à supporter. Le langage peut être caractérisé d'un style grandiloquent, hautain, réprobateur et démonstratif, tout en restant plutôt incohérent. Des néologismes peuvent envahir le discours.

Cas clinique

Monsieur et Madame Accro ont eu un bébé récemment. Madame a plus de 40 ans, Monsieur est plus âgé. Tous deux sont vêtus de tenues comme d'une autre époque et un sourire figé un peu étrange ne les quitte pas. Ils viennent consulter sur le conseil d'un ami car ils se sentent maltraités par tous les services médicaux et sociaux. Monsieur monopolise la parole d'une voix

perçante, Madame parle très peu, bégaye et rougit souvent. Selon leurs dires, aussitôt après la naissance, Madame a été contrainte de rester un mois à l'hôpital, dans un autre service, sous surveillance. Ils ne savent pas pourquoi. Ils ont retenu que les soignants ont dit qu'elle ne sait pas s'occuper de son bébé. Depuis la sortie de cette hospitalisation, ils se sentent persécutés par la protection maternelle et infantile qui les « force » à un suivi dont ils ne veulent pas. Monsieur montre un courrier, qui s'avère être une simple proposition de rendez-vous comme dans tous les suivis de naissance. Il se sent obligé de répondre à ce courrier par lettre recommandée et s'interroge des termes. Cette préoccupation envahit la consultation. Lorsque je lui signifie que tout parent reçoit cette proposition et qu'il peut soit s'y rendre, soit faire suivre son enfant par un pédiatre de son choix, Monsieur me demande de rédiger cette explication. Il n'entend pas que le rôle de la psychologue est autre et demande aussi de rédiger une attestation faisant état de leur consultation, pour montrer à la PMI qu'ils sont de « bons parents » qui consultent des professionnels. Quand je lui propose, ainsi qu'à son épouse, de parler d'eux, de leur histoire, de leur bébé, ils banalisent et restent sur la défensive : « Tout va bien, tout est normal. » Ils semblent chercher à me convaincre qu'ils sont juste très heureux d'avoir un bébé, que tout se passe très bien. Ils disent vouloir seulement que la PMI arrête de les « convoquer ». Ils éprouvent la nécessité de revenir à quelques reprises, avec chaque fois les mêmes récits de « méchants » soignants qui les poursuivent. Monsieur me téléphonera encore de temps en temps pour faire état d'autres courriers de la PMI, désignée comme le mauvais objet.

13.2 Fonctionnement schizophrénique

Lorsque l'hémorragie morcelante domine, le fonctionnement schizophrénique signe l'échec de la contention paranoïaque, et dès lors l'échec d'une tentative de reconstruction d'un univers qui serait appréhendé comme cohérent. Parmi les structures psychotiques, la structure

schizophrénique occupe la position la plus régressive. Elle est caractérisée par une « subversion du processus secondaire par le processus primaire » (Racamier, 1980, p. 71). L'angoisse de morcellement est telle qu'il est impossible au moi de se constituer comme autonome et unifié.

Le sujet ne pense pas et ne parle pas véritablement avec des mots, mais agit plutôt avec les mots comme il le ferait avec des objets, en déniaient la sémantique et la syntaxe et en restreignant le vocabulaire. Les formes verbales prennent ainsi un aspect pseudo-poétique, évoquant les procédés symbolistes et surréalistes mais de manière beaucoup plus limitée. S'il se rapproche d'une décompensation, le langage et la pensée régressent.

« L'énigmatisme est pour les schizophrènes comme une règle de vie ; qui les comprend ne comprend rien, mais qui ne comprend plus commence à les comprendre » (Racamier, 1980, p. 49).

F.-D. Camps (2015) interroge l'hypothèse d'une « mélancolie sans objet », c'est-à-dire d'une perte du moi sans que l'objet entre en ligne de compte. Le moi se serait perdu en tant qu'objet, du fait de son désinvestissement.

La schizophrénie dite « paranoïde » signe une tentative avortée d'organisation paranoïaque : des vestiges délirants et morcelés échappent au stéréotype paranoïaque.

Cas clinique

L'enfance de Marilyn a été solitaire. Jeune adolescente, elle était tout particulièrement livrée à elle-même et s'est vue abandonnée avec son frère dans une chambre toute noire, pendant « longtemps » – dans une telle situation, le temps dépasse toute échelle de mesure. Elle est tombée enceinte de leur relation incestueuse. À présent, bien qu'elle ait une quarantaine d'années, elle affiche une posture d'un enfant de trois ans : assise par terre en tailleur dans le couloir, elle tient à faire entendre dans tout le service hospitalier de psychiatrie ses plaintes et ses protestations. Et ce quoi que nous fassions : s'approcher d'elle et la toucher, comme l'on serait porté à le faire vis-à-vis d'un petit enfant en détresse, apparaît tout aussi grave que l'ignorer... En consultation, elle se montre furieuse si la psychologue avec qui je

travaille en institution lui fait comprendre qu'elle ne connaît pas telle personne dont elle lui parle avec insistance. Remettre les choses au point devient nécessaire : « Vous n'en avez jamais parlé avant. Je ne peux pas deviner qui c'est ! » Une autre fois, après avoir crié dans tout le service qu'elle est la reine de la galette des rois, elle est effrayée lorsque la psychologue la félicite de son succès. La psychologue doit alors expliquer qu'elle le sait parce qu'elle l'a entendue le dire : « Je ne l'ai pas deviné, vous l'avez dit ! Là, tout à l'heure, je passais dans le couloir et vous le disiez. Je ne suis pas une voyante ! » Marilyne est revenue d'une sortie d'essai la jambe dans le plâtre car, en traversant la rue, elle croyait que la voiture qui venait à son encontre, en roulant à toute vitesse, allait s'arrêter. Les limites individuelles, des « enveloppes psychiques » (Anzieu, 1985) apparaissent floues. La pensée magique est fondée sur la croyance que ses désirs correspondent à la réalité et que l'autre est détenteur de leur moi. Cette dernière conviction est surtout source d'angoisse : angoisse d'être envahie, voire engloutie, par l'autre et de retourner à l'état totalement fusionnel... Un jour, elle répète durant la consultation que personne ne l'aime et fait état de ses multiples problèmes. Durant un instant, je suis « ailleurs » et je songe à un cercueil, celui d'une proche décédée récemment. Je comprends par la suite que cette idée parasite n'est sans doute pas fortuite, mais l'exclamation soudaine et furieuse de la patiente est frappante : « Mais vous voulez tous ma mort ! » Et justement, je pensais à une scène morbide. Je pourrais adhérer ne fût-ce qu'un instant à l'idée que la patiente ait eu le pouvoir de lire dans mes pensées et qu'elle y réagirait en écho... Si je persistais dans la croyance magique que lire les pensées de l'autre est possible, je fonctionnerais moi-même sur un mode psychotique, sans limite entre mon psychisme et celui de l'autre. Que s'est-il passé alors ? La patiente a probablement perçu, par mon attitude, ma brève errance intérieure, par résonance avec sa détresse que je recevais et mon propre deuil, et s'est sans doute sentie, durant ce court instant, désinvestie, non écoutée. Or, pour elle, le moindre désinvestissement, c'est la mort. Toute absence, tout

éloignement, ne signifie-t-il pas en effet, dans notre langue fondamentale, une mort ?

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BERGERET, J. (1996). *La Personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.

CHARTIER, J.-P. (1972). L'univers psychotique. In J. BERGERET (dir.), *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 211-215). Paris : Masson.

DUBOR, P. (1972). Structure psychotique. In J. BERGERET (dir.), *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 190-208). Paris : Masson.

Pour approfondir

AULAGNIER, P. (1975). *La Violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.

AZOULAY, C. (2002). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. In C. AZOULAY, C. CHABERT, J. GORTAIS, Ph., JEAMMET (dir.). *Processus de la schizophrénie*. Paris : Dunod, p. 96.

CAMPS, F.-D. (2015). À la recherche d'un processus mélancolique dans la schizophrénie. *Psychologie clinique et projective*, 21 (1), 115-135.

RACAMIER, P.-C. (1980). *Les Schizophrènes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001.

TOUZÉ, J. (1999). Contre-transfert et problèmes techniques dans la cure individuelle des patients psychotiques. In J. CHAMBRIER, R. PERRON, V. SOUFFIR (dir.), *Psychoses III, pratiques, Monographies de la revue française de psychanalyse* (p. 11-34). Paris : PUF.

14. Fonctionnements limites

Également sous les vocables de « cas limites », « états limites » ou encore « borderline », ces formes cliniques sont d'abord considérées en marge autant des structures névrotiques (notion 12) que des structures psychotiques (notion 13). J. Bergeret les considère comme des « astructurations », du fait de leur **instabilité** et de la mobilité des aménagements psychiques. Mais de plus en plus les fonctionnements limites sont considérés, d'un point de vue économique, comme des organisations autonomes et distinctes à la fois des névroses et des psychoses.

14.1 Inaboutissement du moi

La clinique quotidienne recèle de patients dont le moi a dépassé sans trop de difficultés les tout premiers stades, sans frustration excessive qui aurait pu opérer de fixation prépsychotique et sans régression à de telles fixations, mais ayant néanmoins subi un **traumatisme** psychique important au moment de s'engager dans l'évolution œdipienne, ayant donc entravé la voie structurelle névrotique. Ce choc traumatique, désorganisateur, par exemple une tentative de séduction sexuelle de la part d'un adulte ou encore un acte de violence, est survenu à un moment où le moi était encore trop inorganisé et trop immature. L'élaboration de la *position dépressive* (Klein, 1946) s'en trouve empêchée, ce qui fait obstacle à l'intégration de l'*ambivalence* des sentiments, c'est-à-dire l'investissement simultané en terme positif et négatif d'un même objet. N'ayant pas encore développé des mécanismes de défenses secondarisés et entrant trop massivement, trop précocement en contact avec des données sexuelles ou agressives dont il ne sait que faire et qu'il ne peut pas refouler, il se voit obligé de recourir à des mécanismes de défense (notion 11) archaïques, proches de ceux des fonctionnements psychotiques : déni, identification projective, dédoublement des imagos, maniement omnipotent de l'objet.

Le fonctionnement limite peut être considéré comme un trouble du *narcissisme* (notion 5)¹. Le moi est suffisamment unifié, ayant dépassé les

dangers psychotiques du morcellement, mais il ne peut accéder à une relation génitale, c'est-à-dire tolérer les conflits névrotiques entre le ça et le surmoi. La relation d'objet demeure sous l'égide d'une **dépendance anaclitique** à l'autre.

14.2 Angoisse de perte

L'angoisse centrale du sujet « état limite » est une **angoisse de perte d'objet et de dépression**, essentiellement sur le plan narcissique. Hypersensible, le sujet s'accroche à l'autre, dans une relation de dépendance, en l'investissant comme un sauveur, en mettant sur lui ses espoirs d'un avenir meilleur. Le surinvestissement d'objets externes vise à pallier les défaillances d'objets internes insuffisamment solides et fiables. L'idéalisation est telle que l'insatisfaction s'ensuit constamment. Ainsi, « si le narcissisme occupe le devant de la scène, c'est moins comme amour que comme douleur de soi » (André, 1999, p. 8).

14.3 Relation d'objet et mécanismes de défense

La relation d'objet n'est pas fusionnelle comme dans le cas du fonctionnement psychotique, il s'agit d'une relation à deux où l'objet est distinct, mais sur un mode narcissique : il s'agit d'**être aimé de l'autre, le fort, le grand**, en « s'appuyant contre lui » – c'est le sens de l'origine étymologique du terme *anaclitisme*. Il s'agit ainsi en quelque sorte de réparer une blessure narcissique ou restaurer l'image idéalisée d'un parent. L'autre constitue un pôle d'attraction, mais suscite une excitation et une déstabilisation pouvant basculer dans une réaction de haine.

L'appréhension des relations à autrui sont régies par un clivage : dans certains cas une évaluation correcte de la réalité est conservée, dans d'autre cas la vision de l'autre s'avère moins réaliste, plus idéaliste et plus utilitaire. Ainsi, sans se morceler, le moi se déforme et distingue dans le monde extérieur **deux secteurs** : un secteur **adaptatif** et un secteur **anaclitique**. Ainsi, les objets extérieurs sont séparés en rassurants d'un côté et inquiétants de l'autre, par des mécanismes de **dédoublément des imagos**, de projection, d'identification projective, idéalisation et évitement

(notion 11) – tous plus archaïques et moins exigeants en formation réactionnelle que le refoulement. Dans les fonctionnements limites, les parents sont différenciés mais tendent à être investis l'un comme bon objet et l'autre comme mauvais objet, l'un étant le double inversé de l'autre, là encore le dédoublement des imagos est à l'œuvre.

Tandis que, dans les organisations névrotiques, les mécanismes de défense visent le traitement des conflits internes avec une expression de compromis, dans les fonctionnements limites, les mécanismes de défense en apparence semblables visent l'abrasement, l'écrasement ou l'évacuation des conflits. Le refoulement fait dès lors défaut, et la **répétition** et la **tendance à agir** prévalent donc.

14.4 Les instances idéales

La formation du surmoi n'est pas aboutie comme dans les structures névrotiques. Ainsi, la constatation de l'échec dans les tentatives idéales n'amène pas à la modestie ou à la culpabilité comme dans le cas d'une structure névrotique, mais à la dépression. L'idéal du moi est l'image à laquelle le sujet aspire, dans la mesure où elle vient confirmer l'excellence des objectifs du moi idéal, cette perfection recherchée étant issue de l'idéalisation. Ainsi les sujets réagissent souvent selon le principe du « tout ou rien », en soutenant des opinions et attitudes extrêmes. Ils abordent leur vie relationnelle avec des ambitions héroïques démesurées de bien faire, pour conserver la présence de l'objet – plutôt qu'avec de la culpabilité névrotique ou peur d'avoir mal fait.

14.5 La dépression

Une symptomatologie dépressive accompagne très fréquemment le fonctionnement limite, avec un vécu de perte objectale prématurée, de rejet, de blessure narcissique. Lors d'un nouveau traumatisme, du fait d'une surcharge pulsionnelle réactivant le premier désorganisateur, il peut y avoir décompensation aiguë pouvant prendre plusieurs formes : dégénérescence, affections psychosomatiques diverses, tentatives de suicide, conduites addictives, troubles du comportement alimentaire. Contrairement aux dépressions névrotiques où l'accès à l'ambivalence et donc au deuil est

possible, il y a dans les fonctionnements limites une connotation **destructrice** du fait de clivages drastiques empêchant les liaisons psychiques et exacerbant la dimension haineuse. Cette haine débridée tend à se retourner contre la personne propre, prenant une allure mélancolique (Freud, 1915).

14.6 La personnalité narcissique, défense radicale contre la dépression

À côté des fonctionnements limites se présentant avec une hypersensibilité à vif, d'autres sujets dont le fonctionnement de base se situe dans le même registre narcissique, dominé par un évitement de tout conflit intrapsychique et une angoisse de perte et de dépression, donnent l'apparence d'une parfaite auto-suffisance. Le corollaire de cet enfermement consiste en une extrême sensibilité à toute atteinte de l'unité et de l'image de soi. Pour ces personnalités dites « narcissiques », l'indifférence froide ou méprisante, un enfermement dans un « splendide isolement » (Kernberg, 1975) constitue une défense contre un éprouvé pénible de dépendance. Cette défense s'est tout particulièrement renforcée suite à des déceptions infantiles faisant rage, comme le souligne notamment Green (1983, p. 16) : « Les narcissiques sont des sujets blessés – en fait, carencés du point de vue narcissique. Souvent, la déception dont ils portent encore les blessures à vif ne s'est pas bornée à un seul des parents, mais aux deux. Quel objet leur reste-t-il à aimer, sinon eux-mêmes. » Cet amour de soi est certes illusoire, cette autosuffisance est fragile, il s'agit d'un repli sur soi menant à une sclérose du moi, du fait d'une extinction des échanges objectaux et sources vivantes. L'objet n'est investi que sur le mode de l'emprise, afin de le figer et de le réduire à un double de soi ou à un miroir à des fins de gratifications narcissiques.

Bien souvent, les fonctionnements dits « limites » et « narcissiques » n'apparaissent pas isolés, ils peuvent se combiner comme deux faces d'une même médaille même si l'un ressort plutôt que l'autre. Le versant limite consiste à rechercher éperdument l'étayage de l'autre, le versant narcissique consiste à refuser massivement la dépendance de l'autre. Dans le premier cas, la reconnaissance de la perte s'exprime par des orages émotionnels pénibles pour l'entourage, dans l'autre sa reconnaissance est refusée avec

une assurance factice. Des oscillations plus ou moins fortes entre ces deux tendances chez un même sujet sont possibles.

Cas clinique

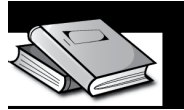
Nelly justifie sa prise de rendez-vous par une volonté de « faire un bilan complet » tant sur le plan physique que psychologique, car « 30 ans, c'est un âge symbolique ». Elle pleure d'emblée : « Il y a beaucoup, beaucoup de choses... » Elle essaye de « repartir à zéro » : « avoir une vie saine, régler les problèmes pour avancer dans la vie ». Bien qu'elle ait déjà vu beaucoup de psys et de professionnels, ayant chacun un ou plusieurs défauts indépasseables, elle semble miser beaucoup d'espoir sur moi, et a parallèlement pris un rendez-vous chez un gynécologue pour vérifier l'état de ses organes à la suite de ses « nombreux » avortements. Elle hésite sur le nombre. Le dernier avortement s'est produit lors de sa liaison amoureuse avec son patron qui a duré plusieurs années. Elle parle ainsi de l'image qu'il lui en reste : « Je sors de l'hôpital, je crève de mal au ventre et je suis pleine de sang, mais je cache tout et je dis à mes parents que tout va très bien. » Son patron l'a quittée, mais elle travaille toujours avec lui. Elle aurait saboté leur relation par jalousie, car elle imaginait qu'il voyait toujours son ex-femme et leur fils et qu'ils se remettraient ensemble, elle imaginait même son ex-femme enceinte de lui et lui caressant le ventre. Elle songe : « Pour tous mes copains ça a été ainsi, j'ai toujours été jalouse, c'est ce qui a mis fin à toutes nos relations. » Elle fait état de troubles du comportement alimentaire : « J'ai besoin de manger jusqu'à ce que je me sente mal, et puis je me fais vomir. » Ses crises de boulimie sont récurrentes : « C'est plus fort que moi... Et par exemple j'ai rendez-vous avec un homme et puis juste avant le rendez-vous je mange pour ne pas être bien, pour ne pas être attirante et pour que le rendez-vous rate. C'est quelque chose qui revient tout le temps. » Elle s'estime « en dépression sévère » depuis des années, sans savoir pourquoi. Aussitôt après cette évocation, elle parle de son père « très autoritaire », qu'elle

a toujours vu tromper sa mère, et en déduit : « J'ai du mal à croire que je pourrai trouver un homme qui sera correct, gentil avec moi. »

Elle explique : « Quand quelqu'un me plaît, je vérifie partout sur internet le parcours, l'identité. Sur Facebook aussi, comme ça, je vois ce qu'il poste. Il y a quelques mois, j'avais fait une rencontre, l'homme me plaisait beaucoup : un ancien militaire. Mais j'avais saboté. Nous sommes restés en contact, par e-mail, il continue à m'écrire. Nous nous suivons sur Facebook. Mais je ne sais pas quand je serai prête. » Nous pouvons comprendre qu'elle semble anticiper la déception en la provoquant activement. Ses investissements d'objet sont instables et elle semble aussi s'accrocher à des identités à ses yeux idéales et puissantes voire héroïques, telles le patron, le militaire... Elle se souvient de ses deux derniers rêves : « J'avais rendez-vous avec l'homme qui me plaît et puis il me disait qu'il ne s'intéressait pas à moi » et « On me like sur Facebook après que j'ai mis une nouvelle photo de moi, et puis j'entends une voix qui me dit : "Mais en vrai tu n'es pas belle." » Elle poursuit : « Je suis photogénique et, quand je mets une photo de moi sur Facebook, je reçois beaucoup de *like*, souvent une centaine, pratiquement tous amis et connaissances. Alors que je n'ai pas beaucoup d'amis dans la réalité. Au fond de moi, je ne me sens pas belle, je n'arrive pas à me trouver belle. Je me sens obligée de mettre telle et telle crème, tel fard pour me sentir tout à fait à l'aise. J'ai tout un rituel et si je ne l'applique pas je me sens moche. » Ainsi, nous pouvons voir ses tentatives effrénées de restauration narcissique pour tenter de pallier sa fragilité identitaire et ses angoisses de perte d'objet, pour tenter de camoufler son sentiment de dévalorisation. Les débuts de la psychothérapie seront marqués par une attaque récurrente du cadre – avec erreurs d'horaires ou demandes de report en dernière minute d'un ton inquiet et suppliant – comme s'il fallait tester sa solidité ou sa fiabilité, comme si devait s'anticiper un abandon de ma part, comme si j'étais investie comme un objet

tout-puissant. Une dépendance semble à fois recherchée et redoutée.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BERGERET, J. (1972). Les états limites et leurs aménagements. In J. BERGERET (dir.), *Psychologie clinique théorique et clinique* (éd. 2000, p. 190-208). Paris : Masson.

BERGERET, J. (1996). *La Personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.

Pour approfondir

ANDRÉ, J. et al. (1999). *Les États limites*. Paris : Petite Bibliothèque de psychanalyse, 2008.

CHABERT, C. et al. (2009). *Narcissisme et dépression*. Paris : Dunod.

CHABERT, C., BRUSSET, B., BRELET-FOULARD, F. (1999). *Névroses et fonctionnements limites*. Paris : Dunod.

FREUD, S. (1915). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie* (éd. 1968, p. 145-171). Paris : Gallimard.

GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit.

KLEIN, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In M. KLEIN, P. HEIMANN, S. ISAACS, J. RIVIÈRE (dir.), *Développements de la psychanalyse* (éd. 1966, p. 274-300). Paris : PUF.

KERNBERG, O. (1975). *La Personnalité narcissique*. Toulouse : Privat, 1980.

15. Le cas particulier des « troubles du spectre autistique »

L'autisme est une pathologie particulièrement complexe : elle touche tous les domaines du développement de l'enfant (cognitif, psychique, relationnel...), l'histoire des connaissances est relativement récente, mouvementée et marquée par des débats violents et emblématiques sur des conceptions très opposées de la vie psychique et du soin à apporter aux enfants. De plus, le débat perdure sur la définition de l'autisme comme une maladie ou un handicap, sur les classifications (et par conséquent sur les données épidémiologiques), tout comme sur la compréhension de ses étiologies ou de ses mécanismes.

15.1 La psychanalyse et l'autisme

15.1.1 Le temps de la découverte

L'histoire récente des psychoses infantiles est fortement marquée par l'introduction de l'autisme infantile par Léo Kanner en 1943. Psychiatre d'origine autrichienne, ayant émigré aux États-Unis, il isole le « syndrome d'autisme infantile précoce » à partir de l'observation de onze jeunes patients qui semblaient présenter les mêmes symptômes. Kanner décrit des enfants qui montrent « un profond retrait du contact avec les gens, un désir obsessionnel d'immuabilité, une relation adroite et même affectueuse avec les objets, une physionomie intelligente et pensive, et soit un mutisme ou une sorte de langage qui ne semble pas avoir pour but la communication avec autrui » (Berquez, 1983, p. 69) ; enfin, il remarque des bizarreries de comportement, dont une utilisation stéréotypée et ritualisée des objets. Ainsi, à partir de cette découverte, les psychiatres, psychanalystes et psychologues vont approfondir ce nouveau champ d'étude, qui va rapidement susciter de féroces débats entre psychanalystes et cognitivistes, dès les années 1970.

15.1.2 Les désaccords entre psychanalystes et cognitivistes

À cette période-là, les psychanalystes envisagent une psychose infantile précoce trouvant son origine dans les troubles des relations parents-enfants ; l'enfant autiste est soumis à de violentes angoisses archaïques, dont il se défend notamment par le repli autistique et le refus d'investir la relation d'objet. Il s'agira d'abord d'agir sur les relations précoces entre les mères et leurs enfants, parfois en les séparant (Bettelheim, 1969), mais cette option est rapidement abandonnée, tout comme l'idée que les parents seraient à l'origine des troubles de l'enfant. Il s'agit alors, en collaboration avec les parents, et dans le cadre de la thérapie analytique, de travailler sur la restauration des processus psychiques qui permettent à l'enfant d'investir sans danger la relation d'objet et le monde extérieur, de s'individualiser, et d'avoir accès à la triangulation œdipienne.

De leur côté, les cognitivistes pensent que l'autisme s'origine dans une ou plusieurs lésions organiques, dues à une malformation génétique ; l'enfant autiste souffre donc d'une déficience affectant une capacité mentale particulière (Wing, 1976), qu'Uta Frith (1992) nomme « force de cohésion centrale » : l'enfant est incapable d'assurer la cohérence de l'esprit, la généralisation : tout le traitement de l'information étant perturbé, l'enfant est soumis à une sorte de détachement de ses fonctions mentales. Est introduit également un second concept fondamental pour cette théorie : celui de « théorie de l'esprit » (Leslie, 1987) : l'enfant autiste est incapable d'attribuer à autrui des états mentaux (croyances, désirs, intentions), autrement dit de se représenter l'autre comme un sujet pensant ; dès lors, les processus de communication, qui s'originent dans ce fonctionnement interactif, ne peuvent se développer. Il s'agit alors d'imaginer des prises en charges reposant sur la rééducation des déficiences, et sur l'apprentissage de nouvelles modalités de traitement de l'information.

Ces théories reposent sur des conceptions *a priori* diamétralement opposées : pour les uns, l'autisme est une maladie psychique à soigner, pour les autres, un handicap à rééduquer. Ainsi, durant environ trente ans (des années 1970 à la fin des années 1990), la collaboration n'est que peu envisageable : chaque courant développe ses théories et ses pratiques, imposant aux familles d'effectuer des choix idéologiques dont elles ne maîtrisent que très peu les tenants et les aboutissants, mais qui vont, pourtant, déterminer en grande partie le soin et l'évolution de leur enfant.

15.1.3 Vers une collaboration

Depuis les années 2000, une troisième période se dessine : le débat s'enrichit avec l'apport de nouvelles disciplines telles que les neurosciences ou la génétique et, surtout, émergent des essais d'articulations entre les différentes théories, dans l'idée d'aboutir à des modèles de compréhension transdisciplinaires (Golse et Delion, 2005). Par exemple, la grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité de l'enfant autiste, construite par Haag *et al.* (1995), est un modèle tenant compte des facteurs endogènes et exogènes impliqués dans l'autisme ; elle a été élaborée à partir des théories psychanalytiques de G. Haag sur la genèse du moi corporel, mais aussi des travaux en génétique de S. Tordjman. Des équipes éducatives ont également contribué à l'élaboration de cet outil, censé fournir des indications précises et rigoureuses pour une approche thérapeutique diversifiée, y compris éducative.

15.2 Où en sommes-nous aujourd'hui ?

D'un point de vue nosologique, il existe aujourd'hui un consensus entre les trois classifications (CIM-10 à l'international, DSM-5 aux États-Unis et CFTMEA en France) ; trois critères diagnostiques dominant :

- les troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale ;
- les altérations qualitatives des interactions sociales réciproques ;
- un comportement marqué par des activités et des centres d'intérêt restreints, stéréotypés et répétitifs.

Mais plusieurs formes d'autisme existent, comportant chacune leurs spécificités, ce qui explique que l'on parle aujourd'hui d'autismes au pluriel.

Pour la question de l'étiologie, une grande majorité de chercheurs et cliniciens, notamment les psychanalystes, considèrent aujourd'hui en France que l'autisme, comme d'autres pathologies, serait issu d'une intrication de facteurs primaires et secondaires. B. Golse définit ainsi ce système polyfactoriel : « Les facteurs primaires ne sont que des facteurs de prédisposition (ou de vulnérabilité) : ils ne sont pas suffisants mais nécessaires, ils ne créent pas la pathologie mais en augmentent le risque. Les facteurs secondaires sont des facteurs de décompensation (de

déclenchement) de la psychopathologie chez des sujets porteurs de facteurs primaires qui les fragilisent » (2013, p. 134). Il précise que ces deux types de facteurs peuvent être aussi bien endogènes (issus des données personnelles de l'enfant : prédispositions génétiques, entraves neurologiques, problématique sensorielle, etc.), qu'exogènes (venant de l'environnement : carences éducatives et/ou affectives, précarité sociale extrême, etc.).

La psychanalyse ne cherche pas aujourd'hui à définir les causes de l'autisme, mais plutôt à comprendre ce qui achoppe dans le développement et le fonctionnement psychique du sujet, en s'appuyant sur l'hypothèse de la conjonction d'une multitude de facteurs impliqués dans l'apparition de la pathologie.

Ce modèle étiologique **polyfactoriel** implique dès lors d'envisager une prise en charge multidimensionnelle des enfants autistes, sur les plans thérapeutiques, éducatifs, et pédagogiques. Les centres ressources autisme ont été créés dans cet esprit en 1996 (décret Simone Veil) dans l'objectif de rendre accessible aux familles l'information sur les différentes possibilités de prises en charge, et sur les recherches en cours.

15.3 Définitions et grandes notions théoriques de la psychanalyse sur les états autistiques

B. Golse propose de définir l'autisme comme « l'échec le plus grave des processus d'accès à l'intersubjectivité, c'est-à-dire à la différenciation qui permet à un enfant de reconnaître véritablement l'existence de l'autre » (2013, p. 51). La psychanalyse considère ainsi que l'autisme est « une maladie du sujet », pour reprendre les termes de Ribas (1997) : pour de multiples raisons, l'enfant autiste se trouve dans l'impossibilité d'assumer une position de sujet, ce qui génère une souffrance psychique aiguë contre laquelle il va chercher à se défendre. Plusieurs auteurs ont essayé de formuler des hypothèses sur cette souffrance, sur les défenses que l'enfant autiste met en place, ainsi que sur les conséquences de ces mécanismes sur la construction de la pensée ou sur l'identification.

Plusieurs psychanalystes ont envisagé l'autisme comme une anomalie du développement psychique en termes de stades de développement, telle M. Mahler en évoquant la phase **ymbiotique** par exemple (1968). Plus récemment, Hochmann (1997) décrit le « processus autistisant », en s'étayant sur la théorie de W.R. Bion : il fait l'hypothèse que la capacité de rêverie maternelle, qui protège théoriquement le bébé de ce qu'il ne peut pas penser d'emblée, en traduisant les éléments bêta en éléments alpha, achoppe dans le cas de l'autisme. Pour de multiples raisons, se produit un dysfonctionnement dans l'interaction entre le parent et l'enfant, qui conduit à l'impasse de ce processus et induit une incapacité de l'enfant autiste à allier les représentations de mots et de choses, et à symboliser. Ainsi l'enfant serait soumis à l'impact direct des choses, sans protection ; les défenses autistiques qu'il va mettre en place vont jouer ce rôle de pare-excitation.

De nombreuses hypothèses se sont ainsi dessinées sur la souffrance psychique des enfants autistes ; toutes supposent un vécu d'**angoisse extrêmement intense** (de liquéfaction, de chute, d'effondrement), qui constitue une menace telle pour le psychisme que des **défenses très rigides** vont devoir être érigées. Le retrait autistique est une de ces défenses, tout comme la répétition inlassable de stéréotypies. En voici quelques illustrations :

Illustration

Les objets autistiques

Tustin (1981) montre que l'enfant autiste, pour ne pas se laisser absorber par le « trou noir », pour ne pas se confronter à la rupture et à la séparation, utilise des « objets autistiques », dont la continuité du contact l'aide à se défendre contre la séparation avec le monde environnant. Ces objets sont choisis pour leurs qualités sensorielles : ils sont souvent durs, parce qu'ils procurent ainsi une sensation tactile plus intense.

Cas clinique

Le démantèlement

Meltzer (1975), de son côté, montre que pour éviter de se confronter à la totalité de l'objet, qui serait une perception trop envahissante et dangereuse pour le moi, l'enfant autiste va se cliver, selon ses différents champs de perceptions ; c'est ce qu'il a appelé « le démantèlement ». L'enfant va ainsi s'absorber dans l'écoute d'un bruit, puis dans le rayonnement d'une lumière, pour enfin se concentrer totalement sur les sensations tactiles que lui procure un objet. Ainsi, « tout se passe comme si le monde était pour lui une simple juxtaposition de données sensorielles » (Houzel, 1985, p. 1245). C'est ce qui nous donne l'impression que l'enfant paraît absent qu'il ne voit pas l'extérieur, ou ne nous perçoit pas : il serait dans l'incapacité de traiter plusieurs informations sensorielles en même temps. Par exemple, regarder un visage serait trop difficile pour lui, parce que la multiplicité des informations contenues dans cette perception (bouche + yeux + nez + expressions faciales, etc.) déborderait ses capacités à traiter les sensations reçues.

Le vécu de souffrance psychique et l'édification des défenses autistiques vont conduire l'enfant autiste à entretenir un rapport au monde très particulier, et surtout à rencontrer d'immenses difficultés pour parvenir à construire sa pensée.

Meltzer (1975) explique par exemple que l'enfant autiste se vivrait dans un monde bidimensionnel, sans parvenir à accéder à la tridimensionnalité de l'objet, c'est-à-dire à ses qualités intérieures, à sa profondeur, et donc à l'intersubjectivité : en effet, si l'objet est perçu comme ayant son espace intérieur propre, c'est qu'il est admis comme différencié du sujet. Or l'enfant autiste n'investit l'objet que dans ses qualités extérieures, sensorielles : c'est pour lui une simple surface, sans perspective, sans relief. Il entretient donc avec l'autre une relation d'objet dite « adhésive ».

Dans ce contexte, à cette étape archaïque du développement psychique, il est difficile d'imaginer que les enfants autistes aient accès à la symbolisation, et donc à la pensée créatrice. De même, l'adhésivité a pour

principe de nier l'absence, la séparation : or les représentations se construisent dans l'absence : c'est bien parce que la mère s'absente, ou ne répond pas immédiatement à ses désirs, que le bébé va construire une représentation mentale de son sein qui va lui permettre de différer son besoin ; la symbolisation, qui naît du besoin d'une cohérence intérieure et conduit à remplacer une chose par une autre, ne peut se construire.

15.4 En quoi consiste le traitement psychanalytique auprès des personnes autistes ?

B. Golse résume de manière très éclairante l'objectif du traitement psychanalytique : « Pouvoir entrer un petit peu dans le monde interne de l'enfant autiste, pouvoir lui faire sentir qu'on essaye nous-mêmes de partager quelque chose de ce qu'il vit, pouvoir lui faire sentir que nous essayons de nous représenter aussi quelque chose de ses angoisses et de ses mécanismes de défense [...] constitue une aide très importante sur le chemin de l'intersubjectivité, car, encore une fois, aider un enfant autiste, c'est d'abord et surtout, en dépit de tout, lui faire sentir qu'un autre existe qui n'est pas menaçant, et qui n'est pas menaçant parce qu'il partage, justement, quelque chose de son monde interne » (2013, p. 79).

Ainsi, en s'étayant sur son contre-transfert, le psychanalyste va tenter de comprendre le fonctionnement psychique de la personne autiste, essayer de saisir la teneur de ses angoisses archaïques, déceler les défenses qu'elle a mises en place pour y faire face, afin de l'amener, très progressivement, à entrer en relation avec lui.

En libéral ou en institution, une psychothérapie analytique individuelle peut être proposée, souvent au rythme de deux à quatre séances par semaine, s'étayant sur des médiateurs tels que le jeu, le dessin, les objets sensoriels ; le travail de C. Lheureux est très éclairant à ce sujet (2003).

Le groupe thérapeutique peut également être une bonne indication. Urwand (2003) a ainsi développé une pratique de groupe psychanalytique avec des enfants autistes, dans lesquels l'analyse du thérapeute porte aussi bien sur chacun des enfants que sur les processus groupaux. Le groupe agit comme contenant psychique, enveloppe capable de recevoir les fantasmes

et projections des enfants ; cette fonction leur permet de renforcer, ou créer des assises narcissiques plus solides, tremplin vers la restauration/instauration de la fonction symbolisante de la pensée.

Partant du constat que l'autisme est une pathologie qui entraîne une grande souffrance familiale, les psychanalystes sont également très attentifs à proposer un soutien aux parents et aux frères et sœurs, selon plusieurs modalités : thérapies parents-bébés, interventions à domicile (observations selon la méthode d'E. Bick notamment), groupes de parole pour l'essentiel.

Est aujourd'hui bien reconnue l'importance d'une **approche pluridisciplinaire**, c'est-à-dire une prise en charge des personnes autistes alliant les techniques éducatives, rééducatives et pédagogiques d'une part, et les psychothérapies d'autre part, l'approche psychanalytique ayant aussi sa part de contribution précieuse.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BERQUEZ, G. (1983). *L'Autisme infantile*. Paris : PUF.

GOLSE, B., DELION, P. (2005). *Autisme, état des lieux et horizons*. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.

GOLSE, B. (2013). *Mon combat pour les enfants autistes*. Paris : Odile Jacob.

HAAG, G., TORDJMAN, S., DUPRAT, A., CUKIERMAN, A., DRUON, C., JARDIN, F., MAUFRAS DU CHATTELIER, A., TRICAUD, J. URWAND, S. (1995). Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, 495-527.

HOCHMANN, J. (1997). Cordélia ou le silence des sirènes : une relecture de l'autisme infantile de Kanner, In PERRON, R., RIBAS, D. (dir.), *Autisme de l'enfance – Monographies de la revue française de psychanalyse* (p. 29-54). Paris : PUF.

HOUZEL, D. (1985). Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile. In LEBOVICI, S., DIATKINE, R., SOULÉ, M. (dir.)

Nouveau Traité de l'enfant et de l'adolescent, t. II (p. 1225-1254). Paris : PUF.

KANNER, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.*, 2, 217-250.

LHEUREUX, C. (2003). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre. Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*. Paris : L'Harmattan.

MELTZER, D. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot.

RIBAS, D. (2004). *Controverses sur l'autisme et témoignages*. Paris : PUF.

RIBAS, D. (1997). *L'énigme des enfants autistes*. Paris : Hachette Littérature.

URWAND, S. (2002). Le « groupe-analyse » pour des enfants autistes et psychotiques. In : *Travailler avec les groupes – Enfances & Psy*, 19, 54-62.

Pour approfondir

AMY, M. D. (1995). *Faire face à l'autisme*. Paris : Retz.

BETTELHEIM, B. (1969). *La forteresse vide : l'autisme et la naissance du soi*. Paris : Gallimard.

BICK, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484.

BION, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.

FRITH, U. (1992). *L'énigme de l'autisme*. Paris : O. Jacob.

LESLIE, A.M. (1987). Pretense and representation : the origins of Theory of Mind. *Psychological Review*, 94, 412-426.

MAHLER, M. (1973). *Psychose infantile, symbiose humaine et individuation*. Paris : Payot.

PERRON, R. (1997). Fantasma et processus de pensée dans les autismes et psychoses infantiles. In PERRON, R., RIBAS, D. (dir.) *Autisme de l'enfance*, Monographies de la revue française de psychanalyse (p. 115-128). Paris : PUF.

TUSTIN, F. (1989). *Le Trou noir de la psyché*. Paris : Seuil.

TUSTIN, F. (1986). *Les États autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil.
WING, L. (1976). *Early childhood autism*. London : Pergamon Press.

16. Le cas particulier de la « perversion »

L'appellation infâmante de « perversion » – du bas latin *perversio*, dénonçant à l'origine la falsification d'un texte, puis une dépravation morale – fut introduite en médecine au XVI^e siècle sous le sens très général d'altération d'une fonction organique, avant d'y spécifier, peu à peu, celle de la fonction sexuelle, renouant ainsi avec ses origines morales. Sa signification pathologique, et le grand intérêt qu'elle a suscité à partir du XIX^e siècle, sont indissociables d'un problème médico-légal, soucieux d'y distinguer la simple maladie (perversion) de la turpitude morale (perversité). Le psychiatre Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) en dressa pour la première fois l'inventaire détaillé dans un ouvrage qui fit date : *Psychopathia sexualis* (1893).

Cette prétention médicale à l'objectivité scientifique n'a jamais éteint, dans l'opinion, la connotation morale du terme. Il est vrai qu'il renvoie par construction à l'idée d'une norme, dont la perversion s'écarterait : « sexualité anormale », donc, soumise aux aléas de l'évolution des mœurs, focalisée à l'origine autour de l'homosexualité, et toujours plus nettement, de nos jours, autour de la pédophilie. Cette connotation est encore à l'œuvre dans le choix du DSM de 1987 de lui substituer le mot plus neutre de « paraphilie », pour signifier exactement la même chose.

16.1 La perversion chez Freud

Il fait peu de doute que Freud a délibérément sous-estimé cette portée morale en reprenant à son compte le terme médical, dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), pour y inclure l'ensemble des manifestations initiales de sa « pulsion sexuelle » (notion 3), qui n'atteint que tardivement sa finalité biologique supposée : le coït reproducteur hétérosexuel, logiquement – et non moralement – désigné ici comme seul « normal ».

Aucune expression de la sexualité infantile, ni aucune de ses résurgences à l'âge adulte (à l'exception, curieusement, du baiser) n'échappent donc d'abord de son point de vue à la qualification, ici générique, de « perversion » : l'enfant est naturellement, selon Freud, un « pervers polymorphe ».

Cette extension inattendue, qui fait de « perversion » un synonyme de « pulsion partielle », décrit ainsi tous les buts pulsionnels (sauf un), c'est-à-dire tous les modes de satisfaction de la pulsion. Quatre d'entre eux se signalent particulièrement, et réduiront bientôt, en pratique, l'usage du terme à eux seuls : le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le sadisme et le masochisme, conçus d'emblée comme deux couples d'opposés réversibles, ne différant que par une interversion des places, c'est-à-dire un changement d'objet.

Rappelons ici que l'objet de la pulsion, chez Freud, étant par nature indéterminé (notion 2), sa « déviation » n'a de sens que par rapport aux normes sociales, et ne saurait être, à ce titre, qualifié de « perverse » : contrairement à une idée encore répandue, et en dépit de l'opinion de son temps, Freud ne considère pas l'homosexualité, en tant que choix d'objet, comme une perversion, mais comme une occurrence incontournable du destin pulsionnel, au même titre que l'hétérosexualité, illustrant la « bisexualité psychique » qu'il postule dès l'origine de son élaboration théorique.

Cette première définition, descriptive, de la perversion, fera bientôt place à une approche plus structurale. En 1915, dans « Pulsions et destins de pulsions », un premier nouage de la pulsion (partielle) perverse avec le narcissisme montre comment le but pulsionnel, d'abord « actif », devient « passif » en prenant le moi pour objet, par « retournement sur la personne propre » : le voyeurisme devient ainsi exhibitionnisme.

16.2 L'énigme du masochisme

Symétriquement, le **sadisme** deviendrait **masochisme**. Mais l'enjeu économique de ce retournement se révèle plus complexe qu'un simple destin pulsionnel. Le sadisme a acquis depuis 1913 un statut privilégié dans le développement psychique, en caractérisant « l'organisation sadique-anale » (ou stade anal), en lien étroit avec une première intégration

psychique du moi : si la « toute-puissance narcissique » originale s'accommode volontiers d'une satisfaction sadique, comment concevoir que le même moi trouve un gain de plaisir à retourner sur lui-même son propre sadisme, et à cultiver son propre déplaisir ?

Illustration

« Je trouve un attrait étrange à la douleur, et rien ne peut plus attiser ma passion que la tyrannie, la cruauté et surtout l'infidélité d'une belle femme. Or, je ne puis m'imaginer sans fourrures cette femme, cet étrange idéal né d'une esthétique du laid, l'âme d'un Néron et le corps d'une Phrynée » (L. von Sacher-Masoch, *La Vénus à la fourrure*, 1870).

« Un sadique se trouve face à face avec un masochiste. Il l'entraîne sans ménagement dans un coin de la pièce, prend une profonde inspiration et, terrible, ébauche un geste de menace. L'angoisse délicieuse se peint sur les traits du masochiste. Au moment de frapper, pourtant, le sadique se ravise, baisse le bras, puis, impitoyable, laisse tomber un « non » sardonique et méchant. Sa victime pousse alors un soupir – peut-être un gémissement – d'intense jouissance » (D. Jameux).

Ce retournement masochiste semble contradictoire avec le principe de plaisir, ce qui suffirait à le récuser. La clinique démontre pourtant son existence, non pas marginale, limitée à quelque mise en scène inspirée de Sade, mais au cœur même du développement psychique le plus « normal » : le fantasme de flagellation, « Un enfant est battu », est analysé par Freud en 1919 comme une étape fréquente, voire nécessaire, de la structuration œdipienne, où la figure du père prend sa signification psychique. À l'évidence, il n'y a pas là qu'une simple exigence de plaisir.

Le masochisme se fait donc le signe d'un « au-delà du principe de plaisir », que Freud matérialise en 1920 par l'hypothèse de la pulsion de mort (notion 7). Il admet dès lors l'existence d'un « masochisme primaire », issue de cette part de la pulsion de mort que l'organisation psychique ne peut détourner vers l'extérieur, sous forme de sadisme.

Tirant les leçons de cette nouvelle configuration, il reliera bientôt le masochisme au complexe de castration et à l'organisation phallique, récemment découverte : tel est le « masochisme féminin », présenté dans « Le problème économique du masochisme » (1924) comme caractéristique de l'homme trouvant plaisir à être mis en situation d'être rabaissé, coïté, castré – et en ce sens, « féminisé ». Dans sa version la plus répandue, il devient « masochisme moral », c'est-à-dire besoin de punition sous toutes ses formes, exprimant une tension érotisée entre moi et surmoi. La prédisposition au masochisme trouverait son origine dans le « masochisme érogène », par l'érotisation précoce de toute sensation physique vive, y compris douloureuse. Le masochisme moral peut également conduire, loin de toute mise en scène perverse, à la réaction thérapeutique négative.

Cas clinique

Alice, 32 ans, était venue demander une analyse pour apaiser une angoisse parfois envahissante et multiforme. Il apparut rapidement qu'elle se développait surtout en rapport à la mort, la sienne ou celle de ses proches, toujours interprétée comme la punition – le meurtre, donc – issue d'un plaisir. Encore diffuse lorsqu'elle se reprochait seulement, sans motif réel, de trop fumer ou trop boire, soupçonnant à tout propos en elle un début de cancer mortel, la connotation masochiste s'affirma peu à peu à travers une conception très agressive de ses relations professionnelles et affectives, dont elle se retrouvait toujours la victime supposée. Elle soupçonna notamment l'analyste de la détester, pour le mauvais travail qu'elle effectuait en cure. À la question : « Vous croyez réellement que je vous en veux ? », surgit la réponse désarmante, mais symptomatique : « J'espère bien ! », qu'il lui fut impossible d'interroger plus avant. Contrairement à ses dires, la cure d'Alice lui permit progressivement de s'émanciper d'un statut encore imaginativement infantile, en quittant le domicile parental pour s'établir chez elle, et en rompant avec un compagnon de 20 ans plus âgé, au profit d'un partenaire de sa génération, avec qui se posa la question de fonder un foyer. Apprenant qu'elle était

enceinte de lui, elle exprima une joie de brève durée, à laquelle succéda la ferme décision d'avorter (contre l'avis de son ami) : « Il était trop tôt », dit-elle. En quelques mois, tous les progrès accomplis s'écroulèrent alors comme un château de cartes : avec le retour progressif des angoisses nosophobiques, se développa peu à peu la conviction que son ami la sadisait, en lui mentant sur ses intentions réelles, en calculant de la tromper à son insu, etc., sans pourtant envisager de s'en séparer – elle « l'aimait trop ». Au terme de cette redescente progressive en enfer, ses séances accumulant les pleurs à tout propos, Alice quitta un jour, en pleurs bruyantes, la salle d'attente juste avant sa séance, et ne donna plus signe de vie.

Ainsi, il semblait trop difficile à Alice de « supporter » les progrès de la cure. Comme si l'inaccessibilité narcissique devenait d'une certaine manière plus rassurante par sa prévisibilité, que des satisfactions dont le caractère éphémère serait redouté. Résistant à la guérison, la cure semblait plutôt investie, paradoxalement, comme lieu privilégié de son masochisme et du versant destructeur de ses mouvements pulsionnels. Quand reconnaître le besoin de l'objet est impossible, un combat mortifère s'engage : haïr l'objet et le détruire, et dès lors se haïr et se détruire soi-même en même temps.

16.3 Du fétichisme...

Cette analyse de la perversion masochiste aura révélé une connexion étroite entre manifestations perverses, narcissisme et castration phallique, dont Freud généralise la portée en 1927, à travers son étude du fétichisme. Le fétiche, c'est-à-dire l'objet ou l'accessoire devenus indispensables au désir, représente le pénis de la mère phallique à laquelle le fétichiste n'a jamais pu renoncer, bien qu'il la sache « castrée ». Il illustre ainsi un mécanisme de défense inédit : le « **déni** » (notion 11) (*Verleugnung*, désaveu) de la castration.

Ce mécanisme conduit à reconnaître la castration, c'est-à-dire la différence des sexes, comme tout névrosé à l'issue du complexe d'Œdipe (notion 12),

mais en même temps à la nier dans sa vie fantasmatique, à l'instar du psychotique qui se détourne de la réalité extérieure (notion 13). Il sera très joliment imagé par Octave Mannoni sous l'expression courante : « Je sais bien, mais quand même... »

En 1938, dans un article inachevé et non publié de son vivant, Freud s'appuiera sur ce mécanisme pour introduire le concept de clivage du moi, c'est-à-dire la possibilité, apparemment pathologique, de faire coexister deux réalités contradictoires, en se situant selon les circonstances dans l'une ou dans l'autre, sans en percevoir la contradiction. Un tel état du moi paraît incompatible avec l'une de ses fonctions névrotiques essentielles, qui est de représenter la réalité du monde extérieur dans toute sa cohérence unitaire.

16.4 ... à la « structure perverse » ?

Certains successeurs de Freud ont cru repérer dans ce mécanisme et cette structure hybride du moi, témoins d'une irrésolution chronique face à la castration (et donc aussi face au père et à la loi), les caractéristiques d'une nouvelle organisation psychique à part entière, intermédiaire entre névrose et psychose : la structure « perverse ». La perversion ne désignerait donc plus, comme à l'origine, un mode partiel de satisfaction pulsionnelle de type infantile, ni une particularité – « trait de perversion » – se greffant sur une structure névrotique, comme Freud l'a finalement théorisée, mais un mode de fonctionnement psychique singulier, dont le fétichisme constitue le paradigme clinique. Sa manifestation essentielle serait dans un défi permanent, toujours réactivé, à la loi et l'autorité, s'assurant ainsi, en creux, d'une réalité (symbolique) dont douterait, par construction, le « pervers ».

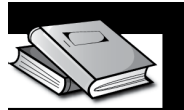
Cette théorie, initiée surtout par certains élèves de Lacan, dont Jean Clavreul et Piera Aulagnier – Lacan lui-même ayant toujours considéré la perversion du côté du « trait », car il destinait le clivage du moi à une fonction universelle de « division du sujet », dont la « père-version » (sic) n'est qu'une cristallisation remarquable –, a nourri un vif débat à la fin du siècle dernier. Ce débat, toujours ouvert, a perdu aujourd'hui de son intensité, notamment depuis que l'état-limite s'est imposé comme nouvelle entité tierce, entre névrose et psychose.

Les travaux de l'école kleinienne (Gillespie, 1952) ont conduit, parallèlement, à ranger la perversion du côté de la psychose, faisant

suppléance narcissique à la décompensation. On en retrouvera l'écho dans la « néosexualité » théorisée par Joyce McDougall, à propos des phénomènes modernes d'addiction sexuelle.

Observons cependant que le personnage du « pervers » reste d'actualité, aujourd'hui comme au XIX^e siècle, pas seulement dans les médias, à la manière d'un mythe collectif utile à dénoncer moralement l'usage de l'autre comme simple objet de jouissance : témoin le succès récent d'une nouvelle entité, « personnalité » frisant la structure, théorisée notamment par Alberto Eiguer, après Paul-Claude Racamier – le « pervers narcissique », dont chacun croit reconnaître autour de lui de vivantes illustrations...

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

FREUD, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. In *Œuvres complètes VI* (éd. 2006, p. 59-182). Paris : PUF.

FREUD, S. (1915). Pulsions et destins de pulsions. In *Œuvres complètes XIII* (éd. 1988, p. 161-185). Paris : PUF.

FREUD, S. (1919). « Un enfant est battu ». In *Œuvres complètes XV* (éd. 1996, p. 115-146). Paris : PUF.

FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (éd. 1981, p. 41-115). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

FREUD, S. (1924). Le problème économique du masochisme. In *Œuvres complètes XVII* (éd. 1992, p. 9-24). Paris : PUF.

FREUD, S. (1927). Fétichisme, In *Œuvres complètes XVIII* (éd. 1994, p. 123-131). Paris : PUF.

FREUD, S. (1940 [1938]). Le clivage du moi dans le processus de défense. In *Œuvres complètes XX* (éd. 2010, p. 219-224). Paris : PUF.

Pour approfondir

- AULAGNIER-SPAIRANI, P. (1967). La Perversion comme structure. *L'Inconscient*, 2, 1967.
- CLAVREUL, J. (1987). *Le Désir et la Loi*. Paris : Denoël.
- EIGUER, A. (2012). *Le pervers narcissique et son complice*. Paris : Dunod.
- GILLESPIE, W. H. (1952). Notes on the analysis of sexual perversions. *International Journal of Psychoanalysis*, XXXIII, 397.
- JAMEUX, D. (1997). Sadisme et masochisme. In *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Albin Michel.
- LACAN, J. (1963). Kant avec Sade. In *Écrits*. Paris : Seuil, 1966.
- LANTERI-LAURA, G. (1979). *Lecture des perversions*. Paris : Masson.
- MCDUGALL, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- MANNONI, O. (1969). « Je sais bien, mais quand même ». In *Clefs pour l'imaginaire*. Paris : Seuil.
- NACHT, S. (1965). *Le Masochisme*. Paris : Payot.
- RACAMIER, P.-C. (1992). 9. Les perversions narcissiques. In *Le Génie des origines, Psychanalyse et psychose*. Paris : Payot, 2005.
- ROSENBERG, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris : PUF.
- SACHER-MASOCH, L. von (1870). *La Vénus à la fourrure*. Paris : UGE, 1967.

1. Dans l'ouvrage de N. de Kernier, *30 grandes notions de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, de la même collection, la notion de « narcissisme » est également développée, de manière complémentaire.

TRAUMATISME ET DÉSORGANISATION PSYCHIQUE : QUELQUES MANIFESTATIONS EXTRÊMES

17. Délires

18. Passages à l'acte

À force de coups répétés, un fonctionnement psychique peut se voir désorganisé. Quel type d'événement provoque-t-il une décompensation ? Pourquoi un même événement catastrophique n'amène-t-il pas toutes les personnes qui le subissent à réagir de la même manière ? Ces questions n'ont pas de réponse. C'est dire l'importance d'analyser en finesse chaque cas dans la singularité de son fonctionnement psychique et de son histoire. Ce qui fait « trauma », donc « choc », pour l'un ne le fera pas nécessairement pour un autre, ou pas nécessairement de la même manière. Un événement ne s'avère traumatique¹ que dans la mesure où il réveille un autre événement, plus ancien, ayant provoqué une excitation prématurée ou ayant mis le sujet dans une position d'impuissance sans qu'il ne puisse y donner sens. Ce qui demeure impensable risque à tout moment de refaire irruption violemment. L'insuffisamment refoulé hante la psyché du sujet qui recourt répétitivement à la décharge pour tenter d'en venir à bout. C'est ainsi que des manifestations extrêmes, tels les **délires** (notion 17) ou les **passages à l'acte** (notion 18) peuvent être compris comme autant de tentatives de faire quelque chose de ces traumas enfouis à un stade plus ou moins précoce. Quand un choc, par écho à un choc antérieur, a une telle portée que les motions pulsionnelles se voient désintriquées (notions 2 et 7), l'afflux pulsionnel devient excitation, le système pare-excitation perd ses capacités de protection et ne parvient plus à faire tampon. Dès lors, toute cette excitation est telle qu'elle fait effraction dans le psychisme, bouleversant les repères temporels et mettant à mal les mécanismes de défenses même les plus archaïques, mobilisés en excès de manière anarchique ou carrément sidérés. Les délires et les passages à l'acte ne sont pas les seuls symptômes d'une psychopathologie avérée, mais leur caractère extrême nous incite à quelques développements ici. Ils ne peuvent être systématiquement rattachés à une structure ou à une organisation du fonctionnement psychique (cf. chapitre 4), même si le délire est le plus souvent un symptôme de décompensation psychotique. Nous pouvons comprendre ces manifestations comme des réponses singulières à une violence ressentie, intolérable, quelle que soit la réalité des faits. Paradoxalement, le délire ou le passage à l'acte peuvent être compris comme des réponses – parmi d'autres réponses possibles – à des faits insupportables pour tenter de les rendre supportables.

17. Délires

Du point de vue de la psychopathologie générale et de façon schématique, le délire peut être considéré comme une croyance plus ou moins irréductible et inébranlable à une conception fausse de la réalité. Chaque fois qu'il y a erreur dans la perception ou dans le jugement, l'esprit peut émettre des idées fausses. Le mot *delirare*, en latin, signifie « sortir du sillon ». L'idée fausse devient idée délirante quand elle est en opposition avec la réalité ou choque l'évidence. Une idée délirante qui se poursuit constitue le délire.

Les idées délirantes peuvent être à **thèmes** multiples ou uniques :

- quand elles sont multiples et disparates, elles sont dites *polymorphes* ;
- quand elles ont en elles-mêmes une certaine logique, on dit qu'elles sont *systématisées*.

De ce point de vue, on peut distinguer très schématiquement parmi les **thèmes délirants** :

- les idées de persécutions (préjudice moral, social ou professionnel, influence corporelle et psychique) ;
- les idées de satisfaction et de grandeur (ambition démesurée, sentiments de puissance, de richesse, de beauté, idées mystiques et de jalousie) ;
- les idées à connotation mélancolique (auto-accusation, sentiments d'indignité, de ruine).

Les **mécanismes** peuvent être de type :

- *hallucinatoire* comme dans les schizophrénies,
- *intuitif, interprétatif* comme dans les paranoïas,
- ou *purement imaginaire* comme dans les paraphrénies.

Leur organisation peut être plus ou moins systématisée et les répercussions dans la vie sociale et affective plus ou moins importantes. Le délire peut se constituer brutalement ou progressivement. Il s'accompagne souvent de troubles affectifs (émotions violentes, exaltations, manifestations anxieuses ou dépressives) et il peut y avoir des signes de confusion mentale à type d'obnubilation et de désorientation temporo-spatiale.

Du point de vue historique, **la notion de « délire » a évolué** au fil du temps. Dans l'Antiquité, Claude Galien emploie le terme d'ὄνειρον pour

décrire aussi bien le délire, que les phénomènes hallucinatoires de ceux qu'on appelait les « phrénitiques », la phrénitis (φρενίτις), étant un état passager d'agitation avec délire. *Oniros* a donné naissance au mot *onirique* en français. La notion de *délire* a pu regrouper, au milieu du XIX^e siècle, les monomanies, les idées fixes et les phobies puis rassembler les psychoses, les confusions mentales et certaines formes d'hystérie avant de se spécifier davantage, devenant peu à peu synonyme de « psychose ». Freud a été le premier, à la fin du XIX^e siècle, à comparer le délire aux récits des rêves pour lui donner un nouveau statut dans le cadre des manifestations de l'activité inconsciente. Il faut citer en premier lieu son étude sur la *Gradiva* de W. Jensen (1907) dans laquelle il fait remarquer que « rêve et délire proviennent de la même source, du refoulé, le rêve (étant) le délire pour ainsi dire physiologique de l'homme normal », propos qu'il rectifie treize ans plus tard dans le *Complément métapsychologique de la doctrine du rêve* (1917) en faisant remarquer que la régression topique présente dans le rêve n'apparaît pas dans la schizophrénie. En second lieu, ce sont les *Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa* (Mémoires du Président Schreber) dont il faut se souvenir, lorsque Freud compare la psychose hallucinatoire aiguë à une « psychose hallucinatoire de désir ». Freud n'élabore pas de théorie générale du délire à proprement parler mais « semble considérer dans chacun de ces deux textes que le délire nécessite deux éléments : une disposition générale d'une part, qui peut être variable, une rencontre d'autre part, avec un "objet actuel" qui devient le support du développement du délire » (Kapsembelis, 2015, p. 234).

Freud développe minutieusement l'idée suivant laquelle le délire représente toujours une « tentative de guérison » à travers la création d'une « néo-réalité », la condition préalable au développement de la psychose étant précisément la « perte de la réalité » (Freud, 1914). La psychose dénie la réalité et cherche à la remplacer, tandis que la névrose veut seulement ne rien savoir d'elle (Freud, 1924). S'il y a perte de réalité dans les deux cas, celle-ci est plus radicale dans la psychose dans la mesure où l'objet disparaît (les mécanismes en jeu sont le déni, le clivage, le rejet, la forclusion) tandis que dans la névrose il reste conservé dans le fantasme (l'objet est seulement refoulé).

Ainsi, le délire peut être défini globalement comme une croyance non partagée plus ou moins inébranlable, à quoi il faudrait rajouter du point de vue psychanalytique que cette croyance « traduit un bouleversement, passager et durable, des rapports du moi avec soi-même et avec son monde » (Kapsembelis, 2015, p. 232). Il concerne irrémédiablement ce qui se situe « au dehors », et peut être considéré à la fois comme traitement de la vie pulsionnelle aux dépens de la réalité et comme l'expression d'un conflit dans la réalité même (Jeanneau, 2002, p. 437). Le délire est « la coalescence entre le registre du réel et celui du vrai » disait P.-C. Racamier.

Il se distingue de l'*obsession* et de l'*idée fixe* sauf si celles-ci se radicalisent, et aussi de la *phobie* sauf si la projection ne parvient pas à localiser précisément le conflit. La dysmorphophobie par exemple ne se situe pas, la plupart du temps, dans un registre névrotique. Quant aux rapports entre le délire et l'hystérie, il faut souligner que si la notion de « délire hystérique » apparaît sous la plume de Freud en 1907 pour parler d'un délire de type « retour du refoulé » à différencier de la psychose, et que beaucoup plus tard Gisela Pankow, dans un autre registre, parlera de « psychose hystérique » dans le cadre de sa théorie sur les fonctions de l'image du corps, il convient de distinguer la problématique hystérique de nature essentiellement névrotique et l'expression délirante qui se rapporte essentiellement à la psychose. Les manifestations hystériques, comme celles relatives à l'obsessionnalité ou à la phobie, peuvent en effet venir masquer la déstructuration sous-jacente.

Cas clinique

Un homme d'une trentaine d'années fait remonter ses troubles à l'âge de 18 ans, au moment d'une prise de drogues hallucinogènes. Les troubles étaient essentiellement liés à la prise de produits mais, dans les intervalles de consommation, il a déjà ressenti dès cette époque certains complots montés contre lui. Il n'a pas consulté à l'époque. C'est donc la première fois qu'il consulte, et ceci suite à une rupture sentimentale au décours de laquelle il a commencé à présenter des hallucinations auditives sans prise de produits. Il a eu tendance à interpréter tout ce qu'il se passait autour de lui d'une manière qu'il décrit comme « un

peu traumatisante » à son égard. Très vite après la rupture il s'est senti comme « un adolescent abandonné » mais il n'a pas tant réagi en se repliant sur lui-même qu'en multipliant les conquêtes.

Son discours est fluide mais on constate quelques bizarreries entre le ton monocorde de sa voix et la nature de ce qu'il énonce. À la faveur du traitement neuroleptique qui lui est alors prescrit par le psychiatre, le phénomène hallucinatoire s'amenuise mais la dimension dépressive s'accroît. Le médicament antidépresseur qui est rajouté au traitement ravive son sentiment de persécution ; il se sent « méchant » et se trouve obligé d'imaginer un dragon pour le défendre des persécutions dont il est l'objet. Il peint, vend ses dessins aux passants, rêve peu la nuit.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

JEANNEAU, A. (2002). Délire. In A. DE MIJOLLA (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p. 436-438). Paris : Hachette.

KAPSEMBELIS, V. (2015). Délire. In S. CONTOU-TERQUEM (dir.), *Dictionnaire Freud* (p. 232-235). Paris : Robert Laffont.

FREUD, S. (1907). Le délire et les rêves dans la « Gradiva » de W. Jensen. In *OCF VIII* (p. 39-126). Paris : PUF.

FREUD, S. (1911). Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) décrit sous forme autobiographique. In *OCF X* (p. 225-304). Paris : PUF.

FREUD, S. (1924). La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. In *OCF XVII* (p. 35-41). Paris : PUF.

Pour approfondir

EY, H. (1934). *Hallucination et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal*. Paris : L'Harmattan, 1999.

FREUD, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *OCF XII* (p. 213-245). Paris : PUF.

FREUD, S. (1917). Complément métapsychologique à la doctrine du rêve. In *OCF XIII* (p. 243-258). Paris : PUF.

PANKOW, G. (1969). *L'homme et sa psychose*. Paris : Aubier-Montaigne.

SEARLES, H. (1965). *L'Effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard, 2002.

18. Passages à l'acte

18.1 Définition

Selon les approches théoriques, la notion de *passage à l'acte* a des significations diverses :

- Classiquement, le passage à l'acte est considéré sous l'aspect de l'impulsivité, de la violence et de l'agressivité. Il correspond à l'adolescence à un mode d'expression privilégié des conflits, à un débordement de l'angoisse (Marcelli et Braconnier, 2013).
- Dans les conceptions psychanalytiques, c'est le terme *d'acting out* qui est privilégié. Ce qui ne peut se dire ou se comprendre, sera agi de manière impulsive. Dans la définition qui en est proposée par Laplanche et Pontalis (2004), l'*acting out* signe l'émergence du refoulé. En analyse, il est à comprendre en lien avec le transfert.
- D'un point de vue clinique, le passage à l'acte englobe des manifestations diverses : tentatives de suicide, fugues et conduites d'errance, conduites hétéro- et auto-agressives, vols et autres actes de délinquance, toxicomanies.

18.2 Catégorisation psychopathologique du passage à l'acte

D'après Marcelli et Braconnier (2013), les passages à l'acte peuvent à l'adolescence, s'inscrire principalement dans trois tableaux cliniques :

- ils représenteraient une des multiples manifestations que peut prendre la crise à l'adolescence ;

- ils s'inscriraient dans des conduites graves de l'adolescence, telles que la délinquance, la toxicomanie ou les tentatives de suicide ;
- ils correspondraient à un symptôme de la dépression, telle qu'elle se manifeste à l'adolescence.

Les passages à l'acte sont à comprendre en lien avec l'élaboration psychique du processus adolescent, processus qui révèle les fragilités psychiques antérieures et les achoppements dans les liens précoces et les relations familiales.

18.3 Significations psychanalytiques du passage à l'acte

Selon les approches théoriques, les auteurs ont proposé différentes significations psychanalytiques au passage à l'acte. Dans ce qui suit, nous en développerons les principales :

- le passage à l'acte comme défaut d'élaboration psychique ;
- le passage à l'acte comme mécanisme de défense ;
- le passage à l'acte comme tentative illusoire de se dégager de filiations narcissiques.

Pour de nombreux auteurs, le passage à l'acte signe un défaut de mentalisation, venant prendre la place de ce qui n'a pu être élaboré (Chasseguet-Smirgel, 1987 ; Millaud, 1998). Les affects sont intolérables pour l'individu, qui les forclot du psychisme. Ils sont alors déchargés à travers des passages à l'acte. Ceux-ci viennent donc signer une carence de l'élaboration psychique (Tardif, 1998).

Cette hypothèse remonte aux écrits freudiens (Freud, 1914, 1938), qui opposaient la « mise en acte » – dans le transfert par exemple – à la remémoration verbalisée. Dans le transfert, les motions pulsionnelles transférées des objets primaires sur l'analyste, peuvent être agies, dans une répétition d'*acting-out*. Le patient ne peut alors pas en prendre conscience (pas d'*insight*), ni les élaborer.

Dans le passage à l'acte, il y aurait donc **évitement** et **expulsion** des **affects** et **pensées**. Mais il permettrait également à l'adolescent de reprendre une **place active**, de lutter contre un sentiment de passivité, lié aux bouleversements physiques et psychiques subis. Cette passivité, qui le

renvoie à la passivité infantile et aux tendances homosexuelles, fait peur. Comme le souligne Jeammet (1985), la confrontation à la conflictualité de sa situation, à la solitude et à la séparation, rend la prise de conscience douloureuse et potentiellement source de dépression pour l'adolescent. Il s'en défend par un passage à l'acte. Lorsqu'il prend la forme d'une violence agie, cette violence serait finalement « le manifeste d'une autre violence » (Marty, 2000).

Ce recours à l'acte est plus spécifiquement lié à une défaillance narcissique, dans la population adolescente. La fragilisation du narcissisme, confronté à un idéal du moi grandiose, pourrait être facteur de dépression. En tant que défense, le passage à l'acte permettrait alors de préserver le narcissisme, de lutter contre la dépression, à travers l'illusion de correspondre à son idéal. En même temps, il viendrait signer une rupture des liens antérieurement investis (Diatkine, 1983). Cet ébranlement des assises narcissiques expliquerait donc le recours à l'agir à la place de l'élaboration – notamment de la position dépressive – et rapprocherait ce qui se joue pour l'adolescent de l'état limite (Richard, 2001).

D'après Jeammet (1985), cette défaillance narcissique amène l'adolescent à avoir recours à la réalité externe, comme contre-investissement de sa réalité interne. La conflictualité interne est évacuée dans le monde externe et un rapproché avec l'objet d'investissement antérieur est évité. Ce rapproché est difficilement supportable en raison de la resexualisation des liens à l'adolescence. Pour certains, il peut comporter une menace d'intrusion, de confusion entre soi et l'objet. L'adolescent tente de contrôler, de maîtriser un objet substitutif, qui peut être le corps propre ou une de ses parties. Cet objet substitutif viendrait prendre la place d'un objet externe vivant ou d'un imagé inconscient. Cette tentative de solution se supporte de mécanismes de défense, tels que le clivage, l'idéalisation et le déplacement.

D'un point de vue économique, le passage à l'acte représenterait un **débordement pulsionnel**, permettant une **décharge** par l'acte, qui court-circuite toute possibilité d'élaboration psychique : « La dimension d'activité et même de décharge prime sur celle de la mise en scène d'un scénario fantasmatique » (Jeammet, 1985, p. 211). D'autant plus, qu'à l'adolescence, l'équilibre entre les pulsions et leurs défenses est fragilisé et remanié, du

fait de la résurgence des pulsions sexuelles, qui se génitalisent. Il y aurait une incapacité psychique à contenir l'excitation.

À l'inverse d'une conception du passage à l'acte comme défaut d'élaboration, comme mécanisme de défense, la mise en acte peut être comprise dans son aspect créatif, s'inscrivant dans un processus de maturation. Elle représenterait alors une **tentative de symbolisation** des exigences contradictoires auxquelles sont soumis les adolescents. Ainsi, Roussillon écrit : « La symbolisation à l'adolescence passe par la mise en acte, suppose un passage par l'acte qui ne soit pas un passage à l'acte, elle est acte de symbolisation, acte interne d'accomplissement pulsionnel, au-delà de l'opposition pensée/acte » (Roussillon, 2000, p. 20). À travers un processus de décharge de la pulsion et de liaison, le passage à l'acte participerait à la liaison de la pulsion à des représentations.

Corcos (2006) s'intéresse plus largement aux liens filiatifs dans nos sociétés actuelles. Pour cet auteur, les passages à l'acte sont également à mettre en lien avec les difficultés de certains adolescents à se dégager de filiations qu'il qualifie de « narcissiques ». Dans ces familles, c'est la dimension carencielle qui primerait et qui aurait privé l'enfant des possibilités d'intériorisation précoces, permettant la séparation-individuation. Au moment où tout se rejoue et se parachève à l'adolescence, les passages à l'acte viendraient révéler ces dysfonctionnements du processus de séparation-individuation et ces défaillances des modèles identificatoires. Dans ce contexte, « l'agir perpétuel apparaît essentiellement être une défense contre l'intolérable sentiment de passivité qui fixe l'adolescent et risque de s'avérer un renoncement à se démarquer de son environnement » (Corcos, 2006, p. 139). Le symptôme fournirait une identité de compensation, illusoire, dans sa capacité à permettre une séparation des figures parentales, tout en s'inscrivant dans sa filiation.

18.4 Les passages à l'acte comme rites de subjectivation

Plusieurs auteurs (Corcos, 2006 ; Marcelli, 1991 ; Richard, 2001) interprètent ces « mises en actes » adolescentes comme des substituts de rituels d'initiation, disparus ou dissipés dans nos sociétés contemporaines.

Traditionnellement, les rituels permettaient ce que Guillaumin (1985) appelle un réenchement, pour étayer les adolescents face aux bouleversements physiques et psychiques de l'adolescence et dans leur processus de séparation-individuation. Les rituels recouvraient par ailleurs une dimension collective, puisqu'ils faisaient appel à l'autre (Arène, 2010). Leur disparition ou raréfaction actuelle amènent les adolescents à inventer seuls, leurs propres rites. Les auteurs s'accordent sur le terme de « **rites de subjectivation** », pour désigner cette tentative de création, sans étayage narcissique externe, d'un espace de sens, soutenant leur nécessaire travail de symbolisation. Ces rituels auraient alors pour vocation de contenir l'angoisse pulsionnelle et son élaboration psychique. Cette ritualité adolescente s'applique bien souvent au corps, elle se « corporéise » (Arène, 2010), à travers les automutilations et les scarifications par exemple. Mais elle fait également appel à l'autre et plus précisément au monde adulte. Ainsi, la confrontation au risque de mort de certains passages à l'acte suicidaires, peut recouvrir une telle adresse à l'autre (Richard, 2001). Ces rituels autarciques peuvent être compris comme une tentative de création du lien, de recherche de soutenance et de contenance d'un narcissisme ébranlé.

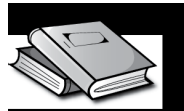
Dans ce contexte, Guillaumin (1985) interprète certains passages à l'acte adolescents comme expressions de comportements traumatophiliques. Il fait l'hypothèse d'une appétence, d'un « besoin de traumatisme » chez les adolescents, correspondant à une recherche des limites de leur capacité à contenir l'excitation pulsionnelle. Dans le passé, ils étaient soutenus dans cette confrontation au réel par des rituels collectifs au rôle structurant. Aujourd'hui cette appétence de traumatismes peut, de par leur absence, prendre un aspect traumatophilique. Elle se retrouverait dans les mises en actes adolescentes, correspondant à une recherche active de situations de rupture de l'équilibre pulsionnel. Elles mettraient ainsi à l'épreuve la fonction de pare-excitation du moi. Mais elles seraient aussi porteuses d'un potentiel structurant, dans la mesure où l'énergie ainsi déliée, pourrait être investie dans le processus de séparation-individuation.

Cas clinique

Marcus est un adolescent de 15 ans, reçu en consultation à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse. Marcus a été

adopté à la naissance, adoption voulue par le père biologique, qui ne souhaitait plus avoir d'enfants. Ce père biologique, très présent dans son discours, Marcus a toujours voulu « lui casser la gueule ». Mais voilà qu'il y a quelques semaines, il apprend *via* les réseaux sociaux, son décès brutal. C'est dans ce contexte, que Marcus passe à l'acte. Le télescopage entre ses mouvements agressifs fantasmatiques et la mort réelle du père est vécu comme débordant et effractant, menant à une incapacité d'élaboration psychique. La conflictualité interne est évacuée dans le monde externe, par un recours au corps et l'attaque de celui-ci. Les affects intolérables, de culpabilité et d'abandon, sont déchargés par le recours à l'agir.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

ARÈNE, J. (2010). La création de rites de subjectivation à l'adolescence. *Adolescence*, 73, 581-596.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1987). L'*acting out*, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique. *Revue française de psychanalyse*, 4, 1083-1099.

CORCOS, M. (2006). La filiation en acte, à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 70 (1), 137-140.

DIATKINE, G. (1983). *Les Transformations de la psychopathie*. Paris : PUF.

FREUD, S. (1914, [2004]). Remémoration, répétition et perlaboration. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 9 (1), 13-22.

FREUD, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : PUF, 2001.

GUILLAUMIN, J. (1985). Besoin de traumatisme et adolescence. *Adolescence*, 3, 127-137.

JEAMMET, P. (1985). Actualité de l'agir. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 31, 201-222.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

MARCELLI, D. (1991). Errance ou voyage. *Autrement*, 123, 32-41.

MARCELLI, D., BRACONNIER, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Elsevier-Masson.

MARTY, F. (1997). *L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence*. Ramonville : Érès.

MILLAUD, F. (1998). *Le Passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson.

RICHARD, F. (2001). *Le Processus de subjectivation*. Paris : Dunod.

ROUSSILLON, R. (2000). Les enjeux de la symbolisation. *Adolescence, Monographie ISAP*, 7-23.

Pour approfondir

CHABERT, C. (2000). Passage à l'acte, une tentative de figuration ? *Adolescence, Monographie ISAP*, 57-62.

JEAMMET, P. (2005). Le passage à l'acte. *Imaginaire & Inconscient*, 16 (2), 57-63.

POMMIER, F. (2010). Le rite, un état de suspension à l'adolescence. *Adolescence*, 73(3), 495-508.

TARDIF, M. (1998). Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. In F. MILLAUD (dir.), *Le Passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (p. 25-40). Paris, Masson.

1. La notion de traumatisme est notamment traitée dans les *30 grandes notions de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, par N. de Kernier dans la même collection.

LES TRAITEMENTS PSYCHANALYTIQUES

- 19. Psychanalyse cure type
- 20. Psychanalyse en face-à-face
- 21. Psychanalyse de groupe
- 22. Psychanalyse de l'enfant
- 23. La psychanalyse de l'adolescent
- 24. Traitements psychiques dans des situations de handicap

En comprenant les symptômes psychopathologiques bruyants, ainsi que ceux qui s'immiscent plus insidieusement à bas bruit, comme des réponses singulières à une violence ressentie, quelle que soit la réalité des faits, nous pouvons considérer le travail du psychanalyste comme une reconstitution des traumatismes jusqu'alors impensables, afin qu'ils puissent être représentés, mis en mots et mis en sens. Dans la mesure où ces traumatismes, plus ou moins anciens, peuvent être mis en mots, ces impensables pourront progressivement être reconnus comme des impensés, et dès lors devenir pensables et donc transformables. On ne change pas la réalité des faits, mais ce que l'on peut en faire psychiquement peut changer, ce qui peut déjà être très libérateur. Les traitements psychiques psychanalytiques visent une transformation à long terme. Il s'agit nécessairement d'un travail long, impliquant une fréquence suffisamment soutenue et un cadre rigoureusement respecté par le psychanalyste ou psychothérapeute d'inspiration psychanalytique, ayant lui-même suivi une psychanalyse personnelle auprès d'un psychanalyste reconnu – faisant partie d'une école ou association reconnue¹ – et ayant suivi au moins une formation et des supervisions dans une école psychanalytique. Le cadre (dispositif choisi selon l'indication, fréquence des séances, jours et horaires stables, modalités de paiement) et l'énoncé de la règle fondamentale (dire tout ce qui passe par l'esprit, y compris les rêves et y compris les pensées qui paraîtraient gênantes, déplaisantes ou honteuses) sont des contenants protecteurs permettant d'analyser les contenus des séances, les mouvements psychiques qui s'y opèrent et en particulier les mouvements transférentiels et contre-transférentiels (notion 26). Ce patient travail de déconstruction et reconstruction permet de faire des liens et de relancer progressivement les processus d'intériorisation et d'historicisation. Faire émerger de nouvelles représentations et favoriser les liens entre représentations et affects permet de se *re-présenter* : se présenter à nouveau, se voir et revoir son vécu sous un autre regard, et ainsi animer ou réanimer la subjectivité annihilée ou en voie d'annihilation. La **cure-type** (notion 19) est le dispositif permettant le travail le plus approfondi possible, menant à la plus grande connaissance de soi et permettant réellement de s'affranchir de poids du passé. Mais le divan peut ne pas être d'emblée indiqué, par exemple lorsque le patient a besoin dans un premier temps d'un soutien par le regard et d'échanger davantage

avec le thérapeute, ce qui peut amener, dans un premier temps ou durablement, à un travail **en face-à-face** (notion 20). Un dispositif **groupeal** peut aussi se révéler plus adapté (notion 21). Les traitements pour **enfants** (notion 22) ou pour **adolescents** (notion 23) nécessitent aussi des aménagements particuliers, en incluant la famille. Et des adaptations se font en fonction de contextes particuliers, comme la maladie ou le **handicap** (notion 24).

19. Psychanalyse cure type

La cure psychanalytique est une méthode d'investigation du psychisme humain et de traitement de la souffrance psychique dont l'objet est l'inconscient.

Elle consiste à amener à la conscience du sujet le psychisme refoulé en lui. « Analyse » signifie fractionnement, décomposition, et suggère une analogie avec le travail qu'effectue le chimiste sur les substances qu'il trouve dans la nature et qu'il rapporte dans son laboratoire. De même, dans la cure analytique, des symptômes et des manifestations psychopathologiques sont apportées par le patient, dont il s'agit de comprendre la composition et les motions pulsionnelles qui les ont motivés. Le travail analytique se développe progressivement à travers les associations mentales du patient qui apparaissent pendant la cure, plus précisément à partir de ce qu'il dit éprouver aussi bien dans sa vie quotidienne que pendant la séance elle-même, mais aussi à partir d'oublis, d'actes manqués, de lapsus, de rêves. Cette forme particulière de psychothérapie qu'est la psychanalyse, est basée exclusivement sur les productions verbales du patient et, pour qui concerne l'anamnèse, essentiellement sur ce que raconte le patient dans le cadre établi, à l'exclusion de tout autre recueil de données.

La cure psychanalytique se caractérise par un **cadre** et une **technique** bien spécifiques : le patient, pendant une longue période, vient chez l'analyste pour des séances d'une durée et d'une fréquence régulière. Le patient s'étend sur le divan, le psychanalyste étant derrière lui, et exprime verbalement tout ce qui lui passe par la tête sans rien choisir ou omettre

volontairement. La méthode dite « de l'association libre » incite les patients à « se laisser aller » et à faire en sorte de ne pas omettre de révéler une pensée ou une idée sous prétexte qu'ils la trouvent honteuse ou pénible. Elle a commencé à être énoncée par Freud dès 1904 quand, aidé par une patiente, il comprend que répondre aux questions, raconter son histoire, essayer de comprendre ou d'expliquer nuit à la psychanalyse. Freud (1923) cesse alors de questionner les patients et invente « l'**association libre** », qui est une forme de renoncement à la parole sensée, réfléchie, rationnelle et consensuelle. Cette méthode va devenir progressivement la principale règle indispensable à l'accomplissement du travail psychanalytique au même titre que l'interprétation. Elle apparaît comme le seul moyen de mettre en évidence les résistances du patient que l'analyste va devoir prendre en compte pour les interpréter. À cette règle de l'association libre pour le patient correspond celle de l'**attention flottante** chez l'analyste, qui consiste à ne pas diriger l'attention vers un mot ou une phrase du discours du patient, car tout ce que dit celui-ci ne doit pas être perçu avec la même importance a priori.

Concernant précisément le protocole d'installation du patient dans la cure analytique, il a été mis au point par Freud de façon très empirique, par tâtonnements, par commodité aussi, par exemple en raison de l'impossibilité de supporter le face-à-face plusieurs heures par jour. Le cadre, les règles de fonctionnement et les honoraires du praticien étaient discutés et déterminés clairement avant début de la cure.

Pour ce qui est du **cadre spatio-temporel**, Freud, en son temps, recevait ses patients à une heure déterminée chaque jour de la semaine pour une séance d'une heure, soulignant le fait que les interruptions même de courte durée troublaient le travail. L'heure de séance devait être considérée comme appartenant au patient, comme s'il louait cet espace-temps. Lorsque le travail était très avancé, trois séances hebdomadaires semblaient suffisantes. Le temps de la cure n'était pas déterminé initialement. C'est en référence à l'orthodoxie freudienne de la psychanalyse de la première heure, que les membres de l'International Psychoanalytic Association (IPA) ont appelé « cure psychanalytique » une pratique répondant à des critères techniques très précis : elle doit être menée à raison de quatre ou cinq séances par

semaine et avec des patients en position allongée. Chaque séance a lieu dans le cabinet du psychanalyste et dure entre 45 et 50 minutes.

Au sujet du paiement des **honoraires**, Freud recommandait d'aborder la question avec le patient de façon très franche. Il réprouvait les traitements gratuits qui ne faisaient qu'augmenter les résistances. Quant aux interruptions prévisibles du traitement en raison de voyages ou de vacances, elles devaient faire l'objet d'arrangements dès les premiers entretiens.

Ce qu'on appelle « **cure type** » aujourd'hui, plus souvent appelée « cure classique » ou « orthodoxe », prend en compte tous ces éléments, en particulier le rythme resserré des séances à raison d'au moins trois séances hebdomadaires. Sur ce plan, la cure psychanalytique à proprement parler, dénommée « cure type », se différencie de ce qu'on appelle la « psychothérapie psychanalytique » qui est menée en face-à-face et à raison d'une ou deux séances par semaine. Néanmoins, les paramètres initiaux concernant la cure psychanalytique à proprement parler ont eu tendance à se modifier quelque peu depuis Freud, en fonction de certaines indications, et c'est la notion de processus psychanalytique favorisé par le développement d'une névrose de transfert dans l'analyse qui devient le point essentiel, de sorte que l'on peut aujourd'hui parler de psychanalyse alors que certains éléments du *setting* sortent de l'orthodoxie, en particulier pour ce qui est de la position du patient, allongée ou assise.

Dans ce registre, certains praticiens ont une conception de l'analyse qui se revendique toujours de la lignée freudienne mais se démarque des critères de l'IPA, c'est-à-dire qu'ils remettent en cause la notion même de cure type. C'est le cas des psychanalystes lacaniens, qui définissent comme *cures psychanalytiques* aussi bien celles qui sont menées en face-à-face que celles où le patient est allongé sur un divan. Le seul critère retenu est celui de la **formation du thérapeute**. « S'il est psychanalyste, il est habilité à pratiquer des cures psychanalytiques quelle que soit la position du patient » (Roudinesco, 2004, p. 19). Dans le même ordre d'idée, c'est-à-dire en se démarquant de l'orthodoxie freudienne, pour les psychanalystes se référant à la théorie lacanienne la durée de la séance, voire le lieu, ne sont pas des variables fixes. Toute séance peut être interrompue par l'analyste, la fin de séance étant pensée comme une ponctuation pour souligner une manifestation de l'inconscient. Cette pratique de fin de séance appelée

« scansion » est ainsi considérée comme un acte du psychanalyste, dans la pratique lacanienne.

Il reste que du côté du psychanalyste, quelle que soit son obéissance, celui-ci doit laisser de côté ce qui, dans sa réalité, est extérieur à sa fonction. C'est ce que Freud appelait sobrement la « **neutralité bienveillante** », qui va rendre possible une sorte de reviviscence du moi-réalité du patient. Par ailleurs l'analyste est aussi tenu de faire le mort. C'est ce qu'on appelle l'*abstinence* : les investissements de l'analyste sont suspendus, ainsi que tout jugement de sa part. Il est essentiel que le patient perçoive que l'analyste se refuse à raccorder ses investissements aux siens (Pasche, 1982, p. 995), qu'il est déterminé à ne pas manifester de désir, à ne pas exprimer d'intention, à ne pas intimor d'ordre et, *a fortiori*, à ne pas passer à l'acte, ceci non tant pour des raisons éthiques que pour des raisons méthodologiques. Et c'est là que la notion d'écoute prend tout son sens : comme le disait Nacht, l'important dans l'analyse est davantage ce qu'il est lui-même que ce qu'il fait.

On notera que le rôle de l'analyste est différent du rôle du psychologue au sens où il reste silencieux et n'intervient que pour donner sens à ce qui est dit. Si le psychologue clinicien a affaire à des « effets de transfert » qu'il doit savoir identifier, seul le psychanalyste travaille avec la névrose de transfert.

En utilisant une précieuse distinction aristotélicienne (Pasche, 1982, p. 998), nous pouvons dire que l'activité du psychanalyste est une *praxis* et non une *poiesis* : la fin d'une *praxis* étant la perfection dans l'acte, à l'exclusion de « toute œuvre distincte de l'agent » et de toute production, laquelle est au contraire la fin de la *poiesis*.

Du point de vue du **contenu du travail**, c'est par le travail de déplacement et d'oubli que la mémoire inconsciente, en troublant la pensée et le souvenir, se révèle dans les transformations mêmes qu'elle impose aux représentations conscientes. La psychanalyse procède à la faveur d'interprétations portant sur un élément isolé du matériel, de la même façon qu'un sculpteur enlève et déblaie pour faire jaillir une forme, et de constructions qui consistent à rassembler du sens comme pour « faire surgir l'état virtuel d'une langue ancienne » (Gori, 1996, p. 159). Freud affirme la nécessité de cette construction dans un texte tardif (Freud, 1937), en

précisant toutefois que la construction n'est pas le but de l'analyse mais un simple moyen, en soulignant que la construction est un pur compromis méthodologique, une rétrodiction qui ne détient sa valeur que dans son heuristique, et son efficacité que par son but tactique. « La construction n'est pas la maîtrise, par l'analyste, du sens du matériel de l'analysé [...], elle s'inscrit comme objet et enjeu des processus de résistance et du transfert pour en permettre le traitement » (Gori, 1996, p. 161). « La construction est nécessaire, moins par le contenu que par le cheminement qui la traverse sans jamais s'y laisser saisir » (*ibid.*, p. 162).

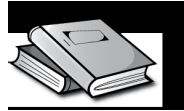
Le **but de la cure** (Pasche, 1982, p. 999) serait ainsi de déconstruire une réalité incarcérée, d'en faire un simple souvenir, une représentation, en même temps que l'énergie afférente sera rendue de nouveau disponible.

Cas clinique

Amélie, au cours de son analyse, fait part avec beaucoup d'émotion d'une confiance qui se trouve au cœur de son histoire, à savoir la tentative au cours de son adolescence, de la part de son demi-frère, beaucoup plus âgé, d'avoir une relation intime avec elle. Pas de relation sexuelle véritable, pas même d'attouchement sexuel au sens strict, mais l'approche d'un homme dévoilant prudemment son intention secrète d'intimité. Certes, elle est parvenue à repousser les avances, mais l'intention revêt un caractère potentiellement traumatique, tout particulièrement en raison de son caractère incestuel. Elle cherche, à travers l'analyse, à resituer cet événement intime en essayant d'en extraire les vérités du moment, et sans le relativiser pour autant. Elle s'aide pour cela des réactions des quelques rares personnes auxquelles elle en a parlé dans son entourage familial le plus proche à ce moment-là. Elle parvient finalement, en séance, à préciser la manière dont elle a pu déformer et déplacer ce moment fugitif, lui donner une forme singulière pour parvenir, au bout du compte, à se l'approprier et prendre le contrôle en quelque sorte de la situation qu'elle a subie jadis passivement. Elle finit par énoncer en séance qu'elle a pu créer, à partir de cette situation, le fantasme plus général de l'homme

plus âgé qui l'oblige à se soumettre. On voit, à travers cet aveu, non seulement qu'elle parvient à transformer en fantasme un élément de la réalité, ce qui lui permet de sortir du caractère traumatique de la situation, mais aussi de renouer avec le cours du processus œdipien sans encrypter l'épisode de séduction passive avec intention à la clé dont elle a fait l'objet, dans une configuration mélancolique ou phobique.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

CONTOU-TERQUEM, S. (dir.) (2015). *Dictionnaire Freud*. Paris : Robert Laffont.

PASCHE, F. (1982). Cure-type et réalité. *Revue française de psychanalyse*, XLVI, (5), 981-1001.

DE MIJOLLA, A. (dir.) (2002). Cure psychanalytique. In *Dictionnaire International de la psychanalyse* (p. 411-413). Paris : Calmann-Lévy.

Pour approfondir

FREUD, S. (1923). Psychanalyse et théorie de la libido. In *Œuvres Complètes*, XVU. Paris : PUF, 1991.

FREUD, S. (1937). Constructions dans l'analyse. In *Résultats, idées, problèmes II* (éd. 1967, p. 269-281). Paris : PUF.

GORI, R. (1996). *La Preuve par la parole*. Paris : PUF.

ROUDINESCO, E. (2004). *Le Patient, le Thérapeute et l'État*. Paris : Fayard.

20. Psychanalyse en face-à-face

L'évolution de la pensée sur la psychanalyse en rapport avec l'évolution de la société depuis Freud a conduit les psychanalystes à **adapter leur**

dispositif en fonction des nouvelles demandes et des nouveaux troubles qu'ils rencontraient chez leurs analysants. C'est ainsi que nous nous trouvons aujourd'hui devant une pluralité de facettes de l'analyse. À l'origine, le seul dispositif divan/fauteuil pouvait installer le praticien en position de psychanalyste, la psychothérapie se présentant comme une forme dévaluée de la psychanalyse. Le passage à la notion de « travail psychanalytique » a ouvert la possibilité de penser les choses autrement, comme a pu le souligner R. Roussillon. L'analyse s'évalue aujourd'hui « à l'aune de la mise en œuvre d'un certain type de travail psychique » (Roussillon, 2005, p. 366) et la situation dite « fondamentale » divan/fauteuil devient « un cas particulier, particulièrement heureux il est vrai, de situation analysante » (*ibid.*). Le dispositif cure type à au moins trois séances par semaine n'est pas appliqué dans nombre de situations. Et de nombreux psychanalystes travaillent suivant un dispositif en face-à-face ou côte à côte à une ou plusieurs séances hebdomadaires sans que l'on puisse dire, comme ce fut le cas autrefois, que ce dispositif ne relèverait pas de la psychanalyse. Il est ainsi possible, pour un praticien, de « travailler de manière assez différente d'une cure à l'autre, d'un processus à un autre, sans pour autant ne plus (se) sentir psychanalyste » (*ibid.*, p. 367). L'important est le « “style analytique”, condition *sine qua non* de la créativité nécessaire à la pratique analytique » (*ibid.*). La cure, au sens large, doit être considérée comme un lieu de l'engagement, du déploiement, de perlaboration « qui ne fétichise ni un contenu psychique particulier, ni un type d'interprétation singulier, mais qui prescrit au contraire une adaptation “sur mesure” aux besoins du déroulement de l'analyse » (*ibid.*, p. 366).

Eu égard au dispositif en face-à-face, deux remarques doivent être faites. Il faut souligner d'abord que ce dispositif est systématiquement présent en amont, et parfois aussi en aval, d'une psychanalyse classique. Un travail analytique, quel qu'il soit, débute par une ou plusieurs entrevues qui se déroulent ainsi, avant que la position allongée soit proposée à l'analysant. Ces entretiens préliminaires que Freud recommandait de ne pas multiplier et auxquels il préférait « un traitement d'essai d'une ou deux semaines » (Freud, 1913) peuvent, certes, constituer le **prélude à une future analyse allongée** mais ils peuvent aussi, en dépit du conseil freudien, devoir **se prolonger** avec certains sujets dont la demande peut être fort éloignée des

expressions du désir que nous souhaiterions y reconnaître : certains sujets limites par exemple, en situation d'addiction à un produit ou à une situation et face auxquels il convient d'élargir le champ de la demande en introduisant le passé et l'avenir plus que le présent immédiat, faire que la question close qui est posée serve à ouvrir le discours et à faire place à la parole. De la même façon, une analyse en situation classique peut se terminer par une ou plusieurs séances en face-à-face en forme de résolution, que ce soit à la demande du patient ou à celle de l'analyste. Ce qui pose bien sûr la question du « passage de l'extraordinaire de l'analyse à l'ordinaire de la vie », (qui) peut se concevoir d'au moins trois façons : changement radical de plan (de l'illusoire au réel...), transition insensible, ou (encore) transfert » comme le soutient J. Laplanche (1992, p. 421) qui considère l'analyse « jusqu'à sa dernière seconde », ce qui implique que jusqu'à sa dernière seconde, elle soit transfert. Seconde remarque : « Ce n'est pas parce que l'analysant n'est pas allongé pendant la séance que le "divan" n'est pas formellement occupé. [...] Le divan est d'ailleurs la plupart du temps perceptivement présent dans la pièce sous les yeux de l'analyste, même s'il est muet » (Roussillon, 2005, p. 367) et « pour un analyste, formé comme tel, le dispositif fondamental est toujours présent même s'il n'est pas utilisé. [...] ce qui est vrai pour l'analyste l'est aussi pour l'analysant. Pour lui aussi le divan est imperceptiblement présent dans la pièce, dans sa matérialité » (*ibid.*).

Comme le fait remarquer R. Roussillon à propos de ce qu'il appelle des « conversations psychanalytiques », il faut souligner plusieurs situations analysantes différentes eu égard au dispositif en face-à-face :

- Un premier type de situation concerne des demandes de reprise d'analyse parce que le travail précédant n'a pas été « concluant ». Sans pour autant que la position classique dans laquelle s'est trouvé le patient pendant plus ou moins longtemps soit dévalorisée, tout se passe comme si maintenant elle ne permettait plus d'avancer. D'où l'idée de poursuivre le travail analytique en changeant cet aspect du dispositif. Dans ce premier cas de figure, il s'agit donc d'une poursuite d'analyse en adoptant une autre posture.
- Un second type de situation consiste en une demande d'« aide psychanalytique » comme le souligne encore Roussillon, chez des sujets

qui ne veulent pas s'engager dans une analyse à proprement parler mais qui ne veulent pas non plus – et n'ont pas forcément besoin – d'aide médicamenteuse, et qui attendent de l'analyste des reformulations, certains conseils judicieux, des interprétations sans complaisance, un certain degré de réassurance, voire un soutien véritable. Une possibilité, en tout cas à travers ce qui leur est communiqué, de donner une nouvelle forme aux troubles dont ils souffrent. Roussillon décrit ce second type de situations principalement chez des femmes ayant réussi socialement, indépendantes, sensibles aux rapports humains et le plus souvent douées pour l'analyse mais l'on retrouve aussi ce cas de figure chez des hommes qui, à l'inverse n'étaient pas particulièrement enclins à commencer un travail analytique mais qui, à la suite d'une situation traumatique inattendue qui a fait rupture dans leur existence (licenciement brutal, harcèlement professionnel, tentative de suicide) entre dans la configuration de l'analyse tout en souhaitant garder une part de contrôle de la situation à la faveur du face-à-face.

« Le face-à-face ou le côte à côte [...] semble réintroduire dans la relation transférentielle, des modes de communications primitifs, des messages non verbaux, qui utilisent certaines formes d'affect, de gestuelles, de mimiques et un mode de "conversation" qui passe par les accordages corporels » (Roussillon, 2005, p. 375).

Dans la position allongée, tout passe par l'appareil du langage. Dans le face-à-face, certaines formes d'expressions problématiques peuvent être exprimées par un message visuel. R. Roussillon (2005) compare le travail de « conversation psychanalytique » à une forme de *squiggle-game* verbal. « Il est demandé à l'analyste [...] de proposer une autre forme ou de transformer celle que l'analysant a produit. Celui-ci interprète à son tour la forme proposée par l'analyste, et ainsi de suite, petit à petit, s'ajuste le travail de mise en scène, en forme et en sens » (p. 379). « Le style « conversation » psychanalytique apparaît comme une manière de rester psychanalyste tout en respectant les linéaments de relation nécessaire à la poursuite du travail de symbolisation et de subjectivation » (*ibid.*, p. 381).

Il faut souligner pour finir que de nombreux psychanalystes convergent pour considérer que lorsque la **souffrance narcissique-identitaire** est au premier plan, il est souvent nécessaire de proposer le face-à-face. Il est vrai

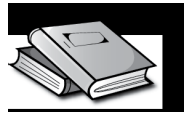
que la situation fondamentale favorise un état de régression susceptible de favoriser l'expression d'angoisses très primitives. L'expérience de l'analyste est alors fondamentale pour que le dispositif classique ne se retourne pas contre l'analysant et que l'échange de regard puisse pallier le risque de déstructuration.

Cas clinique

Odile consulte pour commencer un travail analytique à la suite d'un épisode de déréalisation qui l'a conduite pour quelques jours à l'hôpital psychiatrique peu de temps auparavant. L'épisode en question fait suite à son engagement récent dans une relation homosexuelle dont elle aimerait bien comprendre le sens alors qu'elle vivait depuis quelques années avec un homme dans une relation relativement heureuse bien que sans désir véritable. Elle se dit déterminée quant à son nouveau choix d'objet mais s'inquiète néanmoins du trouble récent qui l'a fait « chavirer » d'autant qu'il y a déjà eu un événement du même ordre quelques mois plus tôt, sans conséquences majeures et dans des circonstances qui ne remettaient pas en question sa vie affective, mais elle a pris conscience de sa propre fragilité et pense qu'elle doit entreprendre un travail sur elle-même. Le problème de la dépendance à l'autre et de la tendance à se projeter à l'intérieur du corps de l'autre est au cœur de ses investigations dès le début de la prise en charge dans une analyse qui se déroule en face-à-face. La persistance *a minima* d'angoisses diffuses, la description relativement désaffectée de l'activité sexuelle, les variations de l'humeur, repérées par le praticien sans que la patiente s'y intéresse précisément, entrent dans la décision de poursuivre les échanges sans se départir en séance du regard mutuel. Une certaine forme de tristesse s'installe au bout de quelques mois comme si la patiente récupérait sa capacité dépressive. Elle peut parler de ses inquiétudes et de certaines sensations de pesanteur à certains moments, de vide intérieur à d'autres, sortant de son état crépusculaire pour retrouver la maîtrise d'elle-même sous le regard de l'autre. Elle commence à retrouver du plaisir dans le

rapport qu'elle entretient avec ses amis et ce, en dehors même de sa relation affective privilégiée. Alors qu'elle ne rêvait pratiquement plus, elle recommence à rêver, d'abord des rêves sur la vie, puis sur les relations. Alors que sa sexualité entraine, sans qu'elle ne s'en aperçoive précisément, dans une configuration paradoxalement fermée, elle rêve à présent aussi sur sa propre sexualité, qu'elle peut percevoir enfin du côté d'une possibilité d'ouverture à l'autre.

Pour aller plus loin



FREUD, S. (1913). Sur l'engagement du traitement. *OCF XII* (p. 161-184). Paris : PUF.

LAPLANCHE, J. (1992). Du transfert, sa provocation : sa provocation par l'analyste. In *La Révolution copernicienne inachevée. Travaux 1967-1992*. Paris : Aubier, p. 421.

ROUSSILLON, R. (2005). La « conversation » psychanalytique : un divan en latence. *Revue française de psychanalyse*, LXIX, (2), 365-381.

21. Psychanalyse de groupe

21.1 Les origines de la pratique de groupe en psychologie et en psychanalyse

21.1.1 De la théorie...

Freud n'a jamais envisagé à proprement parler de thérapie de groupe, mais le groupe traverse ses élaborations théoriques, bien souvent en lien avec les transformations sociales, historiques et culturelles de son époque. Par exemple, dans *Totem et tabou* (1913), il propose le mythe de la horde

primitive pour expliciter les origines de la société, de la culture. Il met en valeur la nature profondément sociale de l'homme (l'individu est toujours à envisager comme membre d'un groupe), et la manière dont le groupe institue les rites de passage et les règles qui lui permettent de vivre (tabou de l'inceste et interdit du parricide notamment). Un peu plus tard, dans *Psychologie des masses et analyse du moi* (1921), il cherche à comprendre les phénomènes de groupe, en lien avec la violence de la guerre qui traverse son époque, en distinguant la foule passagère, qui laisse libre cours à ses motions pulsionnelles inconscientes, de la foule conventionnelle, organisée, durable, qui fait référence aux institutions (armée, église, etc.).

Juste après Freud, Kurt Lewin, dès 1938, montre, dans une perspective *gestaltiste*, comment un groupe se structure et forme un tout qui n'est pas la somme des individualités : il défend l'idée que le groupe est une totalité dynamique qui résulte des interactions entre ses membres. Cela forme une homéostasie (équilibre des forces dynamiques en jeu). Lewin évoque la « dynamique des groupes », qui permet de déceler les systèmes de force qui s'instaurent entre les participants (leadership, résistance active ou passive, suiveurs...).

21.1.2 ... à la pratique

Contemporain de Freud et Lewin, Slavson (1953) est l'un des premiers à proposer une application thérapeutique des théories psychanalytiques sur le groupe : il met en place un traitement de groupe pour enfants et adolescents, dès les années 1930. À partir du postulat selon lequel un milieu familial pathologique et déstructurant va engendrer des troubles psychiques chez les enfants, Slavson conçoit le groupe thérapeutique comme une restauration du moi. Le thérapeute est neutre, bienveillant, intervient peu, pour laisser les enfants établir entre eux de bonnes relations. Le groupe n'est pas envisagé ici comme une entité spécifique, dont on analyserait les mouvements propres, mais comme un support novateur pour traiter le sujet.

Les premiers dispositifs thérapeutiques de groupe, qui l'envisagent comme une entité psychique spécifique, vont se mettre en place dès les années 1940, pensés par deux psychanalystes britanniques d'orientations différentes : S.H. Foulkes et W.R. Bion.

Foulkes est le fondateur, avec J. Rickman et H. Ezriel, du courant de la *Group-analysis*. Partant des bases théoriques du gestaltisme et de K. Lewin, il combine la compréhension groupale et l'analyse individuelle. Le groupe préexiste à l'individu, et est formé d'un réseau de communication en évolution : c'est une matrice. Elle comporte un pôle *statique* (matrice de base : ce qui rassemble les individus, leurs points communs), et un pôle *dynamique* (matrice dynamique, se modifiant en fonction de la dynamique des groupes). La thérapie de groupe consiste à transférer les réseaux pathologiques dans les groupes pour les traiter, en passant par la levée des défenses, des résistances, et par le transfert.

Avec d'autres, Bion était confronté, au début de la Seconde Guerre mondiale, à des pathologies psychiques graves, liées aux traumatismes de guerre, et à la nécessité de proposer des traitements efficaces d'un point de vue économique. C'est ce qui l'a incité au départ à envisager des psychothérapies en groupe, et l'a conduit à proposer une première théorisation des processus groupaux. Bion (1961) a beaucoup travaillé sur les émotions dans le groupe, avec l'idée que le groupe fonctionne comme une entité, avec ses propres principes, ce qu'il nomme « mentalité de groupe ». La première caractéristique est l'anonymat : l'individu n'existe que comme membre du groupe. La fonction du thérapeute sera de ressentir les émotions qui traversent le groupe et de les rendre communicables. Bion s'est beaucoup appuyé sur les travaux de M. Klein, pour distinguer deux modalités du fonctionnement psychique dans les groupes : le groupe de travail, régi par les processus secondaires, et le groupe de base dominé par les processus primaires sous la forme de présupposés de base, constitués d'émotions intenses, inconscientes. L'individu, par la régression permise par le groupe, et les interprétations de l'analyste centrées sur le contre-transfert groupal, va pouvoir exprimer ses conflits inconscients et les élaborer.

Dans la lignée des travaux de Bion, ce sont des psychanalystes français qui vont développer la psychothérapie psychanalytique par le groupe dans les années 1950 et 1960, et prolonger, à partir de leurs expériences de thérapie, mais aussi de formation, les grands concepts de la psychanalyse de groupe.

21.2 Les grands concepts de la psychanalyse de groupe

C'est en opposition au traitement de l'individu par le groupe que « l'école française » essaiera de conceptualiser des processus purement groupaux, et de poursuivre l'exploration du fonctionnement psychodynamique des groupes. Le CEFFRAP (Cercle d'étude française pour la formation et la recherche : approche psychanalytique du groupe, du psychodrame, de l'institution) naît de ce mouvement critique : c'est une association de formation qui va permettre à ses membres d'analyser de manière très riche les processus groupaux, au sein des groupes de formation qu'ils animent. Ce mouvement est conduit principalement par D. Anzieu (1972, 1999), R. Kaës (1976, 1993, 1999) et J.-B. Pontalis (1963). Trois hypothèses principales vont être développées, toujours très actuelles dans les psychothérapies psychanalytiques de groupe d'aujourd'hui.

Pour Pontalis (1963), le groupe a valeur d'**objet psychique** : ses membres l'investissent de leurs mouvements pulsionnels et de leurs représentations inconscientes.

Pour Anzieu, le groupe fonctionne comme le **rêve** : il est le moyen et le lieu de la réalisation imaginaire des désirs infantiles inconscients et insatisfaits. Les *processus primaires* y sont déterminants. Le groupe est ainsi le lieu d'une réalité inconsciente propre : en groupe, les sujets produisent des formations de l'inconscient spécifiques, notamment l'*illusion groupale*, qui désigne l'état fusionnel collectif exaltant, résultant de l'identification de chaque participant à un chef charismatique, placé en position d'idéal du moi. À partir de son concept du « moi-peau » (1985), Anzieu développe l'idée qu'un groupe est une **enveloppe** qui fait tenir ensemble des individus. Il s'agirait d'une enveloppe à double face, vivante (qui a une vie psychique) :

- une face tournée vers la réalité extérieure : l'enveloppe constitue alors une barrière protectrice contre l'extérieur ;
- une face tournée vers la réalité intérieure : elle permet alors le soi du groupe ; le groupe a un soi, imaginaire, qui fonde la réalité imaginaire du groupe (= contenant à l'intérieur duquel il y a circulation fantasmatique et identificatoire entre les personnes), ce soi rend le groupe vivant.

Cette enveloppe est constituée par les **projections** des individus sur elle (fantasmes, imagos, topiques subjectives : ça, moi, idéal du moi...).

Parallèlement, Kaës (1976) postule l'existence d'un **appareil psychique groupal** (APG) qui s'étaye sur :

- les appareils psychiques individuels (API) qui le composent ;
- la culture environnante et les représentations collectives du groupe.

Il fait également l'hypothèse d'un conflit intrasystémique propre à l'appareil psychique groupal entre :

- une tendance à réaliser l'identité du groupal et de l'individuel (isomorphie) ;
- une tendance du psychisme groupal à se différencier du psychisme individuel (homomorphie).

Ces auteurs élaborent ainsi une théorie complète du groupe, inspirée de la psychanalyse, qui va pouvoir soutenir, expliciter et enrichir de manière très importante l'élaboration des thérapies psychanalytiques de groupe.

21.3 Les dispositifs actuels de psychanalyse de groupe

Des dispositifs de psychanalyse de groupe sont mis en œuvre dans toutes sortes d'institutions de soin aujourd'hui en France, et peuvent s'adresser à des enfants, des adolescents ou des adultes. Ils se différencient par leurs indications et leur cadre (nombre de thérapeutes, théorie sous-jacente, type de médiation, groupe ouvert/fermé, etc.). En voici quelques exemples :

21.3.1 Le psychodrame

Les psychanalystes se sont inspirés de J.-L. Moreno, psychiatre viennois installé aux États-Unis (1889-1974), pour élaborer la technique du psychodrame psychanalytique. Moreno a expérimenté avec ses patients la médiation du jeu dramatique, comme une catharsis, une abréaction des conflits internes. J.-B. Chapelier (2015) définit ainsi le psychodrame psychanalytique : « [Il] permet, à travers un jeu scénique, de faire naître des sentiments, des fantasmes, des comportements dont le vécu, la compréhension et l'élaboration aideront à un réaménagement thérapeutique des processus intrapsychiques » (p. 109-110). Il ne s'agit pas

seulement pour le psychanalyste de compter sur l'effet thérapeutique de la catharsis, mais aussi d'interpréter les significations inconscientes du jeu, en termes de conflits, de défenses, de désirs et d'angoisse.

Le psychodrame analytique est indiqué chaque fois que la technique des associations libres se heurte aux résistances ou aux capacités d'expression des patients ; il convient particulièrement aux enfants de l'âge de la latence ou aux adolescents, mais peut aussi s'adresser à des adultes, dont l'inhibition ou les difficultés d'élaboration rendent difficile l'expression de leurs conflits.

Il existe de nombreuses formes de psychodrames, mais l'on peut dégager deux grands types de pratiques (Chapelier, 2015) :

- le psychodrame individuel, souvent utilisé avec des adolescents ou des adultes avec des pathologies graves, qui rassemble le patient, un directeur de jeu qui ne joue pas, et des co-thérapeutes ;
- le psychodrame de groupe, plutôt indiqué pour des patients névrotiques ou états-limites, qui réunit un petit groupe de sujets (5 ou 6 dans l'idéal), et un ou deux psychothérapeutes, cette fois impliqués dans le jeu.

Illustration

Déroulement type d'un psychodrame psychanalytique individuel (Delaroche, 2000, p. 89)

Le patient énonce une idée de scène quelle qu'elle soit. Le directeur de jeu l'aide à la mettre en scène : choix de la séquence, déroulement, etc., et envisage déjà avec lui le but de ce jeu dans la compréhension de lui-même et de ses problèmes éventuels. Pendant ce premier temps, les co-thérapeutes écoutent silencieusement et préparent mentalement leur jeu au cas où ils seraient choisis par le patient.

Le patient choisit parmi les co-thérapeutes, au nombre idéal de cinq ou six, les protagonistes de cette scène. Il joue ou non son rôle.

La scène jouée n'est forcément pas la même que la scène énoncée pour des raisons évidentes (les co-thérapeutes ne savent que peu de choses de la réalité du patient), mais aussi

parce que certains thérapeutes joueront ce qu'ils ont interprété dans le discours du patient. Par exemple, si un patient se plaint de ses camarades ou de ses parents, les thérapeutes pourront jouer des camarades ou des parents irréprochables pour qu'il voie ce qui, dans son propre comportement, peut être provocant.

Le directeur de jeu peut intervenir sur le jeu en envoyant un thérapeute jouer par exemple un personnage évoqué par l'un des acteurs ou le rôle d'un tiers qui débloquera la situation, car il est fréquent que la scène s'enlise dans la répétition et la banalité.

Dès qu'il se passe quelque chose de signifiant (lapsus, arrêt de jeu, affects divers – rire ou larmes –, sortie de rôle, etc.), la scène est en général arrêtée parce que cela signe l'arrivée à la conscience d'un élément jusque-là refoulé.

21.3.2 Les groupes d'association libre verbale

Ces groupes analytiques s'adressent généralement à des adultes névrotiques, sont animés par un psychanalyste formé à la thérapie de groupe et reposent sur les principes de la cure type : association libre et abstinence. Le groupe induit une forme de **régression** qui va permettre l'accès aux **conflits inconscients** des patients et l'élaboration des désirs, défenses et angoisses. L'interprétation porte autant sur l'individuel que sur le groupal. Le cadre doit être très clairement délimité pour assurer la fonction contenantante qui va permettre la régression, et repose pour cela sur une constance du cadre (même lieu, même temporalité, mêmes règles à chaque séance) et des règles édictées en début de groupe (association libre, confidentialité, abstinence : pas de lien entre les patients en dehors du groupe).

21.3.3 Les groupes à médiations thérapeutiques

Ces groupes psychanalytiques reposent sur des médiations, qui ont une double fonction d'expression du monde interne et d'échanges avec les autres patients et sont, dans ce sens, un équivalent du langage. Reprenant le concept d'aire transitionnelle de Winnicott (1975), ces médiations se situent à l'interface du monde interne et du monde externe : à l'aide de la médiation, le patient va pouvoir symboliser ses conflits inconscients. Le

thérapeute pourra interpréter le matériel auquel il aura ainsi accès. Deux grands types de médiateurs existent : **objet concret** (pâte à modeler, papier, crayons, feutres, jouet...), ou **objet culturel** (peinture, sculpture, musique...). Les groupes à médiations thérapeutiques sont particulièrement indiqués pour les enfants et les adolescents, mais aussi pour les adultes psychotiques.

Pour aller plus loin



ANCELIN-SCHUTZENBERGER, A. (2003). *Le psychodrame*. Paris : Payot et Rivages.

ANZIEU, D. (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes*. Paris : Dunod.

ANZIEU, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.

ANZIEU, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris : Dunod.

BION, W.R. (1961). *Recherche sur les petits groupes*. Paris : PUF.

CHAPELIER, J.-B. (2015). *Les psychothérapies de groupe*. Paris : Dunod.

DELAROCHE, P. (2000). Le psychodrame psychanalytique individuel. *Enfances et psy*, 12, 89-95.

FOULKES, S.H., ANTHONY, E.J. (1959). *Psychothérapie de groupe, approche psychanalytique*. Paris : Éditions de l'Épi.

FREUD, S. (1913). *Totem et tabou*. In *Œuvres complètes XI* (p. 189-387). Paris : PUF, 1998.

FREUD, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. In *Essais de psychanalyse* (p. 123-217). Paris : Payot, 1981.

KAËS, R. (1976). *L'Appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.

KAËS, R. (1993). *Le Groupe et le Sujet du groupe*. Paris : Dunod.

KAËS, R. (1999). *Les Théories psychanalytiques du groupe*. Paris : PUF.

LEWIN, K. (1938). *The Conceptual Representation and the Measurement of Psychological Forces*. Durham : Duke University

Press.

PONTALIS, J.-B. (1963). Le petit groupe comme objet. In *Après Freud*. Paris : Julliard.

ROUCHY, J. C. (1980). Processus archaïques et transfert en analyse de groupe. *Connexions*, 31, 36-60.

SLAVSON, S.R. (1953). *Psychothérapie analytique de groupe*. Paris : PUF.

WINNICOTT, D. W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris, Gallimard.

22. Psychanalyse de l'enfant

22.1 Repères historiques et grands courants théoriques

22.1.1 La naissance de la psychanalyse de l'enfant

Au début des années 1900, Freud fait une découverte fondatrice pour la psychanalyse, révolutionnaire et choquante pour l'époque : il existe une sexualité infantile, et plus encore, la fonction sexuelle s'établit et se manifeste dès le tout début de la vie, organisant une grande part de la vie psychique du sujet. De 1902 à 1910, Freud réunit tous les mercredis soir plusieurs de ses collaborateurs pour se consacrer à l'observation de jeunes enfants (Geissman et Houzel, 2003). Il s'agit pour les analystes d'évoquer leurs souvenirs d'enfance, ou de partager l'observation de leurs propres enfants. C'est ainsi qu'est élaboré le célèbre cas du « Ptit Hans » : son père participe à ces soirées et va pratiquer lui-même, sous la supervision de Freud, « l'analyse d'une phobie d'un petit garçon de 5 ans » : « L'écoute des événements quotidiens, des rêves, des souvenirs, amenait cet analyste à susciter des associations d'idées qui permettaient à l'enfant de retrouver des souvenirs oubliés et de reconstruire des fantasmes originaires » (Geissman et Houzel, 2003, p. X). Mais il ne s'agit pour les analystes de l'époque que d'observer leurs propres enfants.

C'est Hermine von Hug-Hellmuth, élève de Freud, qui va, la première, s'essayer à la psychanalyse d'enfant, élaborant une réflexion théorico-clinique sur le cadre de la cure d'enfant, le processus transféro-contre-transférentiel, l'interprétation, la place des parents etc. Malgré des publications conséquentes entre 1914 et 1920, elle tombe dans l'oubli. Ce sont Anna Freud et Melanie Klein que l'histoire retiendra comme étant les fondatrices de la psychanalyse de l'enfant.

22.1.2 Les fondatrices : A. Freud et M. Klein

Anna Freud travaille auprès de son père à Vienne à partir des années 1920, tandis que Melanie Klein collabore avec Karl Abraham à Berlin ; elles vont toutes deux se retrouver à Londres dès 1938 et déployer deux conceptions très différentes des techniques psychothérapeutiques auprès des enfants, ce qui va donner lieu à de violents affrontements entre 1942 et 1945, et engendrer deux « écoles » de pensée et de pratiques distinctes.

Outre des apports théoriques très féconds sur le moi et les mécanismes de défense, ou sur le concept de lignes de développement, A. Freud expose, au fil de ses écrits et communications, sa conception de la technique psychanalytique auprès d'enfants : elle recommande l'interprétation, dès la première entrevue, des défenses névrotiques dans l'attitude de l'enfant à l'égard du thérapeute, ce qui permet de situer d'emblée l'enfant dans un espace analytique. Elle met également l'accent sur l'interprétation des rêves de l'enfant, et de ses dessins. Cependant, pour Anna Freud, le transfert de l'adulte et de l'enfant sont bien différents : si chez l'adulte le transfert repose sur l'éveil des affects qui ont déjà été éprouvés quand il était enfant, chez l'enfant le transfert ne recherchera pas à reproduire une situation vécue, mais à obtenir de l'analyste ce dont il est privé dans la réalité. Ainsi l'analyste doit tenir un rôle éducatif : il servira de surmoi externe à l'enfant. En tolérant la liberté d'expression à l'enfant, le thérapeute représente aussi une partie de son ça. Enfin, il lui sert de moi auxiliaire, contrôlant et maîtrisant les désirs et les interdits. Anna Freud affirme ainsi que l'analyste, dans une visée pédagogique, doit assumer un rôle éducatif, justifié par le fait que le surmoi infantin est de formation tardive, et que l'analyse a pour but l'adaptation psycho sociale de l'enfant.

M. Klein, elle, n'attribue pas les mêmes fonctions à l'analyse d'enfants : elle a pour but de lever le refoulement, pour laisser s'exprimer la créativité

et la vie pulsionnelle de l'enfant : « agir à la racine ». Son premier patient est son fils, qu'elle nommera « Fritz ». Très vite, elle abandonne la perspective éducative, et porte son analyse sur l'expression de la vie fantasmatique de l'enfant, et sur le transfert. Pour elle, le transfert existe bel et bien chez l'enfant, mais passe par le jeu : à travers lui, l'enfant met en scène ses conflits inconscients et ce faisant, dans le transfert avec l'analyste, les élabore et les intègre. Ainsi le jeu est-il l'équivalent de l'association libre chez l'adulte en analyse, a la même portée symbolique que le rêve, véhicule l'expression des fantasmes, et prend valeur de sublimation créatrice dans le traitement de l'angoisse. C'est donc par la technique du jeu que Melanie Klein va remonter aux stades les plus archaïques de la vie psychique de l'individu, montrant l'extrême précocité des processus. Comme celles de S. Freud, ces découvertes de M. Klein sur le développement psychique du jeune enfant (angoisses archaïques, attaques du corps de la mère, objets partiels, phases schizo-paranoïde et dépressive, etc.) paraissent scandaleuses à l'époque parce qu'elle décrit « *un monde intérieur peuplé de monstres, de démons, teinté d'une sexualité sadique* » (Geissman et Houzel, 2003, p. XIII). On connaît la portée fondatrice que ces développements théoriques vont avoir par la suite.

Cette opposition entre deux conceptions très divergentes du traitement psychanalytique des enfants va perdurer jusqu'à la mort de ses deux fondatrices : en 1960 pour M. Klein, en 1982 pour A. Freud ; depuis, la rivalité s'est estompée, et le débat entre les deux écoles a pu s'ouvrir.

22.1.3 Diffusion des deux courants de pensée en Angleterre et en France

En Angleterre, la pensée kleinienne va largement inspirer certains psychanalystes, dont les concepts théoriques sont fondamentaux pour la compréhension de la psychopathologie de l'enfant, mais aussi pour la mise en œuvre de son traitement, parmi eux : W.R. Bion, D.W. Winnicott, D. Meltzer et F. Tustin.

En France, la psychanalyse d'enfant n'est introduite que tardivement : deux psychanalystes polonaises, E. Sokolnicka et S. Morgenstern, émigrent à Paris dans les années 1930 et commencent à importer, l'une de façon théorique, l'autre en travaillant en psychiatrie à la Salpêtrière, ce nouveau

courant. Mais elles ne survivent, ni l'une ni l'autre, à la guerre : après 1945, le champ de la psychanalyse d'enfant est donc désert en France.

C'est Françoise Dolto qui va devenir la figure de proue du traitement thérapeutique des enfants par la psychanalyse et va diffuser de façon très large les concepts psychanalytiques relatifs au développement psycho-affectif de l'enfant, *via* des émissions de radio et des écrits de vulgarisation. C'est une clinicienne remarquable, très habile à communiquer avec les enfants, extrêmement curieuse de l'exploration de leur vie psychique ; elle s'intéresse beaucoup aux problèmes éducatifs rencontrés par les parents et met en valeur l'importance de considérer le très jeune enfant comme une personne à part entière : le langage se trouve au centre de la communication avec lui.

En parallèle, se développe la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, largement étayée sur la psychanalyse : S. Lebovici, M. Soulé, R. Diatkine, R. Misès, J.-L. Lang entre autres, fondent les secteurs de psychiatries infanto-juvéniles dans les années 1970 et développent la psychopathologie de l'enfant. Ils s'inspirent plutôt des travaux d'Anna Freud. L'influence kleinienne arrive plus tardivement, par l'introduction de l'observation du bébé selon la méthodologie développée par E. Bick, ou par les travaux sur l'autisme de Meltzer ou Tustin.

22.2 Cadre et dispositifs de la psychanalyse d'enfants

22.2.1 *Jeu et dessin*

Avec un enfant, l'analyste ne peut pas procéder comme avec un adulte par l'interprétation de son langage, de ses associations libres ou de ses rêves parce que les enfants privilégient d'autres moyens de communication, notamment le jeu et le dessin.

On l'a vu, Melanie Klein est la première à penser que l'analyse du jeu est absolument essentielle pour le travail thérapeutique avec l'enfant. Bien que Freud ait déjà identifié la portée symbolique du jeu pour l'enfant, notamment à travers la description du *for-da*, M. Klein en fait un outil de travail central pour l'analyste, qui va passer par le jeu de l'enfant pour accéder à son monde interne. Elle recommande que chaque petit patient

dispose de sa propre boîte de jouets dans le bureau de l'analyste, qu'elle conseille de petite taille mais suffisamment variés dans leur forme et leur symbolique, afin de laisser assez de possibilités à l'enfant pour exprimer ses fantasmes inconscients. Aujourd'hui, le jeu est considéré comme « un récit, au moyen d'une langue particulière, des émotions en présence et qui s'expriment à travers des personnages qui ne sont pas nécessairement anthropomorphes (des animaux, des petites voitures, des cubes, à certains moments, sont également des "personnages de la séance") » (Ferro, 2010, p. 113).

S. Morgenstern est la première à développer la technique du dessin, et à le considérer comme une modalité centrale de la cure d'enfant. En 1927, elle décrit dans un article la cure de Jacques, un enfant mutique ; c'est en interprétant ses dessins qu'elle a pu conduire l'analyse :

Cas clinique

À la première séance, lorsque S. Morgenstern lui demande s'il a un chagrin, il approuve de la tête. Elle lui dit alors : « Dessine-le-moi ! » Jacques va alors dessiner des scènes « d'horreur » et, en particulier, un enfant qui regarde un homme avec un air terrifié. Sophie Morgenstern explique qu'elle donnait à ces dessins des interprétations que Jacques approuvait ou désapprouvait, toujours par des signes de tête. Questionné sur le sens de ses dessins, Jacques restera obstinément muet, voire hostile. Et ce n'est qu'à la fin du traitement qu'il se mettra à parler et apportera des confirmations à son analyste, concluant : « Je vous ai déjà tout raconté par le dessin » (Garcia-Fons, 2002, p. 45).

Elle formera par la suite plusieurs analystes, dont Françoise Dolto : celle-ci affirme que l'enfant se raconte à travers ses dessins, qu'il faut donc « écouter » : « C'est en quelque sorte l'identité subjective de l'enfant, ancrée dans le corps de sensations, qui se projette en dessin dans l'actuel de la séance. L'enfant montre ainsi à l'analyste là où il en est » (Garcia-Fons, 2002, p. 46).

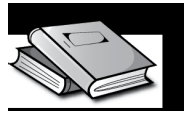
22.2.2 Demande, alliance thérapeutique, dispositif

Au-delà de la cure type, les psychanalystes ont développé d'autres modalités de thérapie psychanalytique avec des enfants, notamment les groupes thérapeutiques d'enfant, souvent organisés autour de médiateurs divers (Quélin-Souligoux et Privat, 2007), le psychodrame psychanalytique, dont les modalités ont été adaptées aux enfants et adolescents (Lebovici, 1985), ou encore les thérapies mères-bébés (Morisseau, 2001). Plus récemment, des cliniciens ont expérimenté et élaboré des modalités spécifiques de thérapies conduites auprès d'enfants en situation particulière : enfants handicapés ou malades (Rimbaud et Zygouris, 1993 ; Korff Sausse, 1996 ; Sinason, 2009), victimes de maltraitance (Bonneville, 2016), ou encore bébés prématurés (Druon, 2010). De telles thérapies peuvent se dérouler aussi bien en cabinet libéral qu'en institutions (CMP, CMPP, hôpitaux...).

Mais comment les enfants sont-ils amenés en consultation ? Contrairement à l'adulte, c'est l'entourage de l'enfant qui va formuler une demande pour lui, ce qui a longtemps laissé penser que les psychanalyses d'adultes et celles d'enfants étaient de nature très différente. L'une des caractéristiques principales de la psychanalyse d'enfants est bien d'intégrer l'environnement de l'enfant au cadre de la cure. Il est important ici de distinguer le « dispositif » de la thérapie (contingences matérielles : demande explicite, horaires, rythme des séances, lieu, médiateurs, présence ou non des parents, etc.) du « cadre », qui désigne en réalité le cadre psychique, essentiel au travail thérapeutique, et qui se fonde sur l'alliance thérapeutique entre l'enfant et le thérapeute. Si la demande de soin émane donc clairement des adultes qui entourent l'enfant, l'alliance thérapeutique est à nouer directement avec lui. D. Houzel (2003) la définit ainsi : « C'est l'adhésion de l'enfant à une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, qui permet à l'enfant d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui qu'il est habitué à connaître et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner sens à ses symptômes et à sa souffrance » (p. 154). Mais pour que cette alliance puisse s'établir, il est nécessaire d'obtenir l'adhésion des parents à la thérapie, ce qui est assez évident lorsque ce sont eux qui sont en demande, moins quand elle émane de l'école par exemple ; pourtant, l'enfant sera en grande difficulté s'il sent que son père et/ou sa mère sont réticents à la cure. De

même, ce travail thérapeutique va nécessairement engendrer des transformations chez l'enfant, dont les effets se feront sentir dans le cadre familial : il est donc fondamental d'instaurer une relation de confiance avec les parents afin qu'ils puissent supporter ces changements, qu'ils désirent et redoutent tout à la fois. Les premières rencontres sont à ce titre très importantes : il s'agit de tisser un lien avec l'enfant et avec ses parents, d'identifier la demande, et de définir le dispositif et le cadre de la thérapie. Ce sont autant de préalables nécessaires à la mise en œuvre du processus thérapeutique.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

DOLTO, F. (1990). *Lorsque l'enfant paraît*. Paris : Seuil.

FERRO, A. (2010). *L'Enfant et le Psychanalyste*. Toulouse : Érès.

FREUD, A. (1975). *Le Traitement psychanalytique des enfants*. Paris : PUF.

FREUD, S. (1909). *Le petit Hans – Analyse de la phobie d'un garçon de 5 ans*. Paris : Payot, 2011.

GARCIA-FONS, T. (2002). Invention du dessin dans la cure psychanalytique de l'enfant. *La Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 49, 43-50.

HOUZEL, D. (2003). L'alliance thérapeutique, In GEISSMANN et HOUZEL (dir.). *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris : Bayard.

KLEIN, M. (1975). *La psychanalyse des enfants*. Paris : PUF.

Pour approfondir

BICK, E. (1968). The Experience of the Skin in early Object Relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484.

BION, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 1979.

DURON, C. (2010). *À l'écoute du bébé prématuré*. Paris : Flammarion.

KORFF-SAUSSE, S. (1996). *Le Miroir brisé : l'enfant handicapé et sa famille*. Paris : Calmann-Lévy.

LANG, J.-L. (1978). *Aux frontières de la psychose infantile*. Paris : PUF.

MELTZER, D. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot.

MISES, R. (1979). *Les Pathologies limites de l'enfance*. Paris : PUF.

MORGENSTERN, S. (1937). *Psychanalyse infantile (symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant)*. Paris : Denoël.

MORGENSTERN, S. (1939). Le symbolisme et la valeur psychanalytique des dessins infantiles. *Revue française de psychanalyse*, 11 (1), 39-48.

MORISSEAU, L. (2001). Les psychothérapies psychanalytiques mère-bébé. *Champ psychosomatique*, 23, 85-100.

LEBOVICI, S. (1985). Le psychodrame. In S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULÉ (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t. IV, (éd. 2004, p. 2973-2979). Paris : PUF.

QUÉLIN-SOULIGOUX, D., PRIVAT, P. (2007). *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* Toulouse : Érès.

RIMBAUD, G., ZYGOURIS, R. (1993). *L'enfant et sa maladie : psychanalyse et consultation hospitalière*. Toulouse : Privat.

SINASON, V. (2009). Psychothérapie psychanalytique de patients atteints de déficience intellectuelle. In A. CICCONE, S. KORFF SAUSSE, S. MISSONNIER, R. SALBREUX, R. SCELLES (dir.), *La vie psychique des personnes handicapées* (p. 207-210). Toulouse : Érès.

SOKOLNICKA, E. (1920 [1968]). L'Analyse d'un cas de névrose obsessionnelle infantile. *Revue française de neuropsychiatrie infantile*, XVI (56).

TUSTIN, F. (1986). *Les États autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil.

VON HUG-HELLMUTH, H. (1913). *Aus dem Seelenleben des Kindes : eine psychoanalytische Studie*. Leipzig : F. Deuticke.

23. La psychanalyse de l'adolescent

Dès le début des années 1950, sont publiées des analyses d'adolescents (Blos, Harley, Laufer...). Mais la nécessité, voire la possibilité même, de mener une analyse avec des adolescents fit l'objet de différentes controverses. Le débat entre Ladame et Cahn sur psychanalyse et psychothérapie en est une illustration (1992). Ladame (1992), à la suite des Laufer (1989), ne préconise une analyse avec un adolescent que lorsque la puberté a été traumatique pour ce dernier et que des mécanismes de clivage et de déni ont mené à une « cassure ». Dans la majorité des cas en revanche, un travail analytique dans le cadre d'une psychothérapie serait suffisant.

23.1 Aménagement du cadre thérapeutique

À l'adolescence, la réalité externe est particulièrement importante, en particulier parce qu'elle peut représenter un contrepoids à la réalité interne. L'importance de cette réalité externe va nécessiter un aménagement du cadre analytique classique, concernant non seulement le travail thérapeutique en lui-même mais aussi la modalité de prise en charge.

23.1.1 Le travail thérapeutique : buts préconscients

À l'adolescence, ce ne sera pas tant la réalité interne qui fera l'objet d'un travail thérapeutique, du moins dans un premier temps. Autrement dit, l'accent ne sera pas mis sur l'interprétation du matériel refoulé. Il s'agira avant tout de **renforcer les défenses** de l'adolescent, ce qui lui permettra d'une part de lutter contre ce qu'il vit comme menaçant et aliénant de la part des objets externes (Jeammet, 2002) et d'autre part de mieux se défendre contre ce qui le fragilise narcissiquement (Marty, 2009). Le thérapeute endossera ainsi le rôle d'un **moi-auxiliaire**, soutenant le moi du patient. En cela, il prendra une **fonction contenante, pare-excitante**, une fonction maternelle pour le patient (Jeammet, 2002 ; Benyamin, 2012).

Face à l'effraction traumatique constituée par le pubertaire (Gutton, 1991), le thérapeute va tenter d'aider le patient adolescent à « éduquer » (Marty, 2009) l'énergie pulsionnelle débordante, libérée par les fantasmes pubertaires. Autrement dit, la psychothérapie peut prendre la fonction d'une seconde latence, permettant à l'adolescent d'élaborer ce qui n'a pu l'être durant l'enfance et refouler la sexualité infantile, le préparant à affronter la violence débordante du pubertaire. Le narcissisme en est en effet forcément fragilisé, ce qui amène le thérapeute à endosser une attitude de **soutien narcissique** (Marty, 2009). Cet appui narcissique ressemble à l'identification au parent du même sexe, à cette place que celui-ci a pu ou aurait dû prendre pendant la latence. Ainsi, ce travail d'étayage narcissique peut s'avérer d'autant plus nécessaire, que les parents ne le prodiguent pas ou ne l'ont pas prodigué et que l'adolescent n'a pas pu suffisamment intérioriser la fonction contenante maternelle.

Cette adaptation du travail thérapeutique à la problématique adolescente aura pour objectif d'introduire l'adolescent à un investissement libidinal de son fonctionnement psychique, lui permettant ainsi de ne plus devoir seulement recourir à l'expulsion/projection des mouvements psychiques intolérables sur les objets externes (Jeammet, 2002). À cette condition, un véritable **travail de subjectivation** (Cahn, 1997) pourra s'enclencher. Le travail thérapeutique avec des patients adolescents prendra donc principalement la forme d'un **travail de mentalisation**, plutôt que d'élaboration ou alors de manière secondaire. Après ce travail de renforcement du moi, d'étayage thérapeutique de la capacité du patient à dompter ses pulsions (Freud, 1937), un travail d'élaboration psychique, d'accès des représentations aux processus secondaires deviendra possible (Marty, 2009).

23.1.2 Aménagement de la prise en charge thérapeutique : thérapie bifocale

L'aménagement du cadre thérapeutique classique passera également par une spécificité des modalités de prise en charge. Les auteurs (Jeammet, 2002 ; Braconnier et Barbe, 2006) insistent sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire, associant au moins psychothérapeute et psychiatre. Une telle thérapie bifocale, voire multifocale (si d'autres professionnels s'y associent : éducateur, infirmier, etc.), passera par la

complémentarité des espaces thérapeutiques. Le psychiatre ou référent recevra l'adolescent avec ses parents de manière plus espacée dans le temps (ex. : une fois par mois), alors que le psychothérapeute recevra systématiquement l'adolescent seul et de manière plus fréquente (ex. : une fois par semaine). Le référent centrera le travail sur la réalité extérieure du patient : sur ses symptômes, ses relations familiales et amicales, sa scolarité, etc. Il prendra une place tierce, souvent idéalisée pour le patient. Cet aménagement du cadre thérapeutique permettra une certaine diffusion des investissements : plus narcissiques du référent et plus pulsionnels et conflictualisés du thérapeute. Ce relatif clivage des objets d'investissement rendra le transfert plus supportable. Cette différenciation des objets d'investissement du patient dans la réalité extérieure – celle de la prise en charge – viendra étayer une différenciation progressive des objets internes, tout en les rendant moins menaçants. Ceci permettra en effet de préserver les échanges d'une potentialité trop excitante, trop chaude, mais aussi alinéante, par la dépendance qu'ils suscitent, dépendance vécue de manière paradoxale comme besoin et menace tout à la fois. Cet aménagement du cadre permettra de protéger l'espace thérapeutique des écueils qui le guettent : rupture thérapeutique, intrusion parentale, aggravation de la symptomatologie, voire passages à l'acte, etc. Il permettra également dans la relation transférentielle d'éviter, de la part du patient, la mise en place de défenses anti-objectales ou de mécanismes d'emprise (Jeammet, 2002).

23.2 Relation transféro-contre-transférentielle

Contre-transférentiellement, le thérapeute prendra donc une place de moi-auxiliaire. Il ne restera pas silencieux, mais interviendra parfois activement dans le travail thérapeutique, imaginant, verbalisant, mettant en mots les pensées mais aussi les éprouvés souvent massifs et débordants du patient. Cette attitude du thérapeute permettra au patient de s'identifier à sa capacité de rêverie et ainsi de l'intérioriser. Le thérapeute s'intéressera à tout discours du patient, même si celui-ci est factuel et anodin. Cet **investissement de la parole du patient** permettra à ce dernier de l'investir à son tour et de remettre en marche les processus d'élaboration psychique.

Le thérapeute ne tentera donc pas tant d'interpréter le discours de l'adolescent, que de contenir et de donner du sens à ses éprouvés, parfois même de le consoler (Benyamin, 2012).

Dans cette rencontre, il paraît primordial que le thérapeute puisse survivre aux attaques du patient adolescent, aux attaques agressives et destructrices, mais aussi aux attaques du cadre thérapeutique. Comme les parents, le thérapeute fera l'objet fantasmatiquement d'attaques agressives, de dénigrement. Cette destructivité dirigée contre l'objet lui permet de **vérifier sa survie et donc sa permanence**, mais aussi son caractère extérieur au moi. L'adolescent peut ainsi préserver ses bons objets internes et leurs potentialités libidinales (Jeammet, 2002). Le cadre thérapeutique sera également attaqué, à travers des retards, des « oublis », des demandes récurrentes de déplacements du rendez-vous, parfois même des ruptures thérapeutiques brutales. Marty (2009) insiste sur la nécessité de voir dans ces attaques le recours aux objets externes pour manifester le conflit psychique, tout en représentant déjà un début de travail psychique.

Face à la fragilité narcissique caractéristique de l'adolescence, le thérapeute peut représenter en tant qu'objet d'investissement une menace narcissique. Jeammet (2002) a particulièrement insisté sur l'antagonisme entre axe objectal et axe narcissique à l'adolescence, en dégageant le paradoxe suivant : plus le narcissisme du patient est défaillant, plus son « appétence objectale » se fera forte et plus l'objet représentera une menace pour son narcissisme. La **relation transféro-contre-transférentielle** représentera un théâtre privilégié pour le déploiement de cette situation paradoxale.

Le thérapeute risque donc de se retrouver à la place d'un séducteur potentiel. L'excitation qu'il éveille chez le patient, risque de sexualiser dans l'après-coup les fantasmes et traumatismes infantiles (Jeammet, 2002). C'est donc le risque de la massivité de l'investissement, d'emblée chaud et excitant, qui guette la relation thérapeutique, au détriment d'une capacité de différenciation et d'élaboration de la relation transférentielle comme réédition de relations passées. Ce sont plus généralement les mécanismes d'emprise qui menacent la relation entre l'adolescent et le thérapeute, dont le surinvestissement du thérapeute ou encore les ruptures thérapeutiques représentent des illustrations.

Une relation transférentielle positive a ainsi parfois besoin de se cacher derrière une prétendue indifférence face au thérapeute ou un franc refus de le voir. C'est pourquoi à l'adolescence, il est parfois nécessaire que le thérapeute soit porteur de la demande du patient, de son désir de poursuivre la thérapie, de son besoin d'attachement. La prescription extérieure peut dans ce contexte être moins aliénante que la nécessité ou le besoin interne. C'est aussi ici qu'apparaît l'importance d'un **tiers**, d'un autre soignant, dont la présence préserve d'un investissement narcissique trop massif et menaçant (Jeammet, 2002).

Cas clinique

Une patiente de 14 ans vient en psychothérapie psychanalytique une fois par semaine depuis plusieurs mois. En proie à des difficultés relationnelles importantes avec ses pairs, dont elle se sent mal-aimée tout en les dénigrant, et ses parents, dont elle se sent rejetée tout en ne supportant pas d'être en leur présence, elle montre une attitude passive et méfiante dans la relation à la psychothérapeute. Au fil du temps, des tentatives d'emprise sur la relation thérapeutique se déploient. Après s'être longuement tue ou avoir refusé de parler, elle s'étonne néanmoins en fin de séance que celle-ci se termine, voire vérifie sur son téléphone que les 45 minutes lui ont bien été imparties. Après plusieurs semaines d'attaques agressives du cadre et de la thérapeute, prenant la forme d'un dénigrement important de l'espace thérapeutique, de l'inutilité des séances, voire de l'incompétence de la thérapeute, elle demande une interruption de la prise en charge. Sur le pas de la porte du bureau, elle demande à la thérapeute : « Je ne pourrais jamais être votre seule patiente, vous en aurez toujours d'autres, n'est-ce pas ? » Cette dernière demande paradoxale de la patiente illustre l'écart naricissico-objectal décrit par Jeammet dans la relation transférentielle : être dépendante de cette thérapeute, dont elle a besoin, lui est insupportable et la menace narcissiquement, d'autant plus qu'elle ne peut avoir avec elle la relation exclusive qu'elle désire et qui l'effraye tout à la fois. La psychothérapie a néanmoins pu se

poursuivre, après que la thérapeute en a souligné la nécessité à ses yeux.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BENYAMIN, M. (2012). La consultation en psychiatrie de l'adolescent : de l'investigation psychanalytique à la « consultation thérapeutique ». *Perspectives Psy*, 51(1), 88-94.

BRACONNIER, A., BARBE, R. (2006). Adolescence et psychothérapie. *Psychothérapies*, 26(2), 87-90.

FREUD, S. (1937). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. In *Résultats, Idées, problèmes II*. Paris : PUF (1998).

JEAMMET, P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 22(2), 77-87.

MARTY, F. (2009). La psychothérapie psychanalytique d'adolescent existe-t-elle ? *Le Carnet Psy*, 135(4), 22-29.

Pour aller plus loin

CAHN, R. (1997). Le processus de subjectivation. In M. PERRET-CAPITOVIC et F. LADAME (éd.), *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

CAHN, R., LADAME, F. (1992). Psychothérapie, psychanalyse et adolescence : un débat. *Adolescence, Psychothérapies*, 10(2), 223-237.

GUTTON, P. (1991). *Le pubertaire*. Paris : PUF.

LADAME, F. (1992). Courtes remarques sur l'analyse des adolescents. *Revue Française de Psychanalyse*, 56, 827-835.

LAUFER, L., LAUFER, M. (1989). *Developmental Breakdown and Psychoanalytic Treatment in Adolescence*. New Haven : Yale Univ. Press.

24. Traitements psychiques dans des situations de handicap

Le handicap suppose une ou plusieurs atteintes réelles du corps et/ou de son fonctionnement mais la manière dont leurs conséquences sont vécues psychiquement, elles, relèvent de la vie imaginaire, fantasmatique et réelle des sujets et de leurs proches. Le psychologue d'orientation psychanalytique a affaire avec ce que chaque sujet, chaque groupe de sujets fait « de » et « avec » ces déficiences-là.

La psychanalyse, aux côtés d'autres théories, permet de comprendre de manière heuristique les processus qui conduisent à ce que les déficits impactent la construction de la psyché, le rapport au corps, et les liens aux autres. Canguilhem (1983) souligne que les formes de vie « anormales » ne sont pas dans un rapport d'opposition binaire avec la normalité : « Il n'y a pas de fait normal ou pathologique en soi. L'anomalie ou la mutation ne sont pas en elles-mêmes pathologiques. Elles expriment d'autres normes de vie possibles » (p. 91). Dans cette clinique, il faut considérer le corps non comme entrave aux fonctions psychiques, mais comme consubstantiellement lié à la psyché.

La psychanalyse a longtemps délaissé les questions relatives aux déficiences motrices, sensorielles ou neurologiques et surtout cognitives. Ce qui est nettement moins le cas aujourd'hui, comme le montrent notamment les travaux du Séminaire inter-universitaire international sur la clinique du handicap (SIICHLA).

Comme le « handicap » est un concept social, nous le noterons « handicap » dans ce chapitre pour signifier que nous traitons des conséquences sur le plan psychique et relationnel des déficiences, ceci de manière différente à chaque étape de la vie. Le psychologue, le psychanalyste s'intéresse à la manière dont est vécue la réalité de l'atteinte somatique, dont elle existe pour le sujet et ses proches (père, mère, grands-parents, frères et sœurs). Pour cela, il faut prendre en compte le fait que **l'impact psychique de la ou des déficiences** ne sont pas les mêmes selon les fonctions atteintes, la sévérité de l'atteinte, sa visibilité et son évolution

dans le temps et selon l'âge de la personne. Le psychologue soutient un travail de pensée au service du processus de subjectivation, permettant au sujet de transformer cette réalité.

24.1 Annonce du diagnostic, processus de découverte

Tout enfant est « **adopté** » par ses parents qui investissent l'enfant réel en l'étayant sur l'enfant imaginaire et fantasmatique de leur histoire infantile et du rêve de leur couple. Ce processus d'adoption est complexifié quand l'enfant « réel » est trop loin de ce qu'ils avaient imaginé ou trop ressemblant à l'enfant abîmé qu'ils ont craint d'avoir et qui rendrait visible une faute commise. Ciccone parle de fantasme de transmission (Ciccone, 2012) et Sausse (1996) estime que la culpabilité si souvent évoquée est une manière de créer/trouver un sens au handicap.

Cas clinique

Une mère dit : « Pourtant cet enfant était vraiment désiré »... comme pour dire qu'un « mauvais amour » pourrait faire « un enfant abîmé ». Un père se souvient avoir trompé sa femme durant la grossesse et met en lien la maladie de sa fille avec cet adultère.

Les parents ne doivent alors pas faire le « deuil » d'une personne (l'enfant est bien « vivant »), mais le deuil d'un idéal (idéal de fils/fille, idéal de parent).

Si la littérature est abondante concernant l'annonce du handicap en période anté- ou périnatale, de fait, beaucoup d'annonces sont faites plus tardivement après un parcours diagnostic plus ou moins long. En période anténatale et périnatale, cette annonce provoque de la **sidération** : « C'est comme si la terre s'ouvrait sous mes pas », dit une mère. « En un instant, toute ma vie a défilé et l'avenir s'est bouché », dit un père.

Dans l'annonce plus tardive, l'enfant considéré par exemple comme « non attentif », « maladroit », « fainéant » peut devenir « myopathe », ce qui

ouvre sur un autre sens et sur d'autres affects et émotions.

Le **traumatisme** de l'annonce pour les parents affecte l'enfant qui progressivement découvre et intègre psychiquement ce qu'il en est de sa pathologie. Dans certains cas, l'annonce de la pathologie peut avoir des effets d'apaisement : « Enfin, je sais ce qu'il a » dit le père de l'enfant. Tout vaut mieux que le doute lancinant. Parfois, il n'y aura pas de diagnostic mais seulement le constat de retards, de crises, de comportements dérangeants ou « anormaux ».

Savoir ou constater que l'enfant, l'adolescent a une pathologie neurologique, sensorielle, cognitive, etc., entraîne un bouleversement du réseau relationnel familial et impacte le psychisme du groupe familial. La vie familiale est alors scindée entre un « avant », qui semble disparu à jamais, et un « après » difficile à imaginer. Cette onde de choc traverse les générations et affecte le père, la mère, les frères et sœurs et l'enfant touché de manière différente. Il est important alors de ne pas enfermer mère et enfant dans une dyade mais de prendre en compte l'ensemble des liens qui pourront être mobilisés pour vivre avec cette douloureuse réalité.

De plus, se concentrer sur la dyade mère/enfant, c'est courir le risque d'instaurer une relation fusionnelle source, de souffrance intense et d'ignorer ce que vivent le père et les autres membres de la famille.

Le « handicap » est vécu, perçu, pensé différemment par chacun. Les parents sont affectés comme père/mère mais aussi comme fils/fille ; les enfants sont affectés comme frère/sœur mais aussi comme fils/fille. Il est difficile pour les parents préoccupés par l'enfant handicapé, occupés par les soins à lui donner, de porter attention à leurs autres enfants, ce dont ils se sentent coupables. Ainsi, les frères et sœurs peuvent se sentir un peu abandonnés, pas intéressants, moins aimés. Dans ce contexte, toute manifestation d'agressivité peut susciter une grande culpabilité (Scelles, 2010).

L'enfant, de son côté, à chacune des étapes de la vie, devra reconnaître les nécessaires renoncements : il ne marchera pas, ou ne se mariera pas comme ses frères... Le clinicien devra pouvoir écouter, accompagner des temps de dépression, de tristesse, de révolte.

Illustration

Un enfant de 12 ans en révolte dit qu'il en veut à ses parents de l'avoir fait handicapé, ce qui l'empêchera de se marier et d'avoir des enfants... Sa mère, se voulant rassurante, lui dit que beaucoup de gens ne se marient pas et sont heureux... Il répond, triste, qu'eux ont le choix, lui pas...

24.2 Subjectivation et théories infantiles

Le handicap questionne l'**énigme de l'origine** au double sens du mot : commencements et causalité. Il impose de penser le temps passé (« D'où cela vient ? », « Pourquoi lui et pas moi ? »...), présent (« Que faire ? »), l'avenir (« Qu'est ce qui est souhaitable, possible ? »...).

Le premier sens construit par les enfants leur vient de l'interprétation qu'ils font des regards, des non-dits des parents. Le pire est quand ces regards ne lui renvoient qu'une réalité, sidérante, un objet froid impossible à transformer par la pensée. Ainsi, si l'enfant ne peut pas **rencontrer dans le regard de l'autre** quelque chose d'un affect, d'un imaginaire, d'un fantasme associé à son « handicap », alors il ne pourra pas construire son « handicap » en objets internes.

Par la suite, chaque enfant va construire des fantaisies pour expliquer cette réalité.

Cas clinique

Un jeune homme raconte qu'enfant, il avait pensé qu'il était né pour récupérer dans le ventre de sa mère l'intelligence que sa sœur y avait laissée (elle est déficiente intellectuelle). Il se sentait coupable et ne savait comment redonner ce qu'il avait pris. À l'école, il était très doué et une enfant lui dit un jour que c'était normal car il était intelligent pour deux. Il fut alors persuadé que tout le monde était au courant de ce « vol ». Quand il me raconte cette histoire, il sait que ce n'est pas vrai... mais quand même.

Les **fantaisies** des enfants évoluent avec leur maturation et leurs conflits intrapsychiques et relationnels.

Cas clinique

Un enfant handicapé me dit qu'il est handicapé à cause de son grand-père qui s'est suicidé... « Je suis la punition », dit-il.

Il est important que ces fantaisies puissent trouver des occasions et des lieux d'expression pour qu'elles jouent leur rôle structurant dans le processus d'intrication de la psyché au soma. Selon leur âge et les conflits (narcissisme, complexe d'Œdipe, castration...) cette réalité a des effets différents. Par exemple, au moment du complexe de castration, la déficience motrice peut figurer la réalisation de la castration alors qu'elle pourrait avoir un sens narcissique chez l'enfant plus jeune.

Il arrive qu'un pacte lie inconsciemment les membres de la famille et les empêche de parler ensemble du « handicap », y compris entre frères et sœurs. Nous pouvons alors parler dans ce cas de **pacte dénégatif** (Kaës, 1976). L'adhésion à ce « pacte dénégatif » est fonction des risques imaginaires et fantasmatiques qui feraient suite à sa rupture. Cet interdit de penser le « handicap » peut entraîner un interdit de penser « tout court ». C'est alors tout « l'appareil à penser les pensées », comme le dit W.R. Bion (1962), qui est mis hors circuit.

Dans ce contexte, l'enfant adopte les positions parentales par **loyauté** et de crainte d'être abandonné, désaffilié à sa famille.

24.3 Honte et culpabilité

L'interdit de savoir, de dire, de penser agit comme un trauma cumulatif et génère une forme de « **secret** ». Or tout secret ne peut que renvoyer à une transgression, à une faute, qui sera à l'origine de la culpabilité et de la honte.

Pour Freud (1912), la **culpabilité** est rattachée à la formation du surmoi qui intègre le tabou de l'inceste et de meurtre. Pour M. Klein (1932), la culpabilité est précoce et a pour origine la phase dépressive. La **honte** relèverait plus du narcissisme primaire impliquant l'archaïque, tandis que la culpabilité exprimerait un développement psychique plus élaboré (Ciccone, Ferrant, 2009). La honte et la culpabilité sont des sentiments souvent vécus

par les membres de la famille qui comprend une personne avec un handicap.

Pour les parents, dire à leur enfant : « Tu es trisomique », fait exister (« Je t'ai fait trisomique »), et risque de provoquer en retour la question : « Pourquoi tu m'as fait trisomique et pas mon frère ? » ou « Si tu avais su que j'étais trisomique, est-ce que tu aurais avorté ? »

Les enfants peuvent intérioriser la culpabilité et la honte parentale. Ce qui induit parfois l'enfant à exprimer un besoin de punition qui se manifeste par exemple par des conduites d'échec à répétition et des mises en danger.

24.4 Le soin psychique et la thérapie

Le **contre-transfert** dans cette clinique met en jeu tous les sens et impose que le thérapeute analyse ce que suscite en lui la relation avec un être blessé dans son corps, dans son fonctionnement neurologique, sensoriel et cognitif. Il peut sentir la courbature du cou de son jeune patient, celui-ci peut aussi projeter sur lui cette tension corporelle. Chacun dans un mouvement transférentiel et contre-transférentiel, peut ainsi tenter de transformer ces sensations avec et pour l'autre.

Le thérapeute doit avoir la conviction que tout sujet, aussi déficient soit-il, a une autonomie psychique et que lui seul peut en dire quelque chose dans le cadre d'une scène où le psychologue met son psychisme au service de la psyché de l'autre, sans penser pour lui, ni à sa place.

Ces patients peuvent susciter une « **inquiétante étrangeté** » et font un effet de miroir brisé (Sausse, 1996), dans lequel le thérapeute peut avoir peur de se reconnaître. Il peut alors se heurter à quelque chose d'impensable pour l'autre mais aussi pour lui. Il peut ne pas pouvoir/vouloir s'identifier à cet être-là. Quand il s'agit d'une personne polyhandicapée, il se sentira parfois aux frontières de l'humain.

Dans le premier mouvement, c'est souvent le **désir de réparation** et/ou la négation des déficiences qui est à l'œuvre dans la thérapie, le soin psychique. Dans le second mouvement, c'est l'**aspect négatif irrémédiable** des déficiences, qui peut advenir au cœur du positionnement du praticien et du patient (Ciccone, 2012).

Dans ces situations, le psychologue doit faire avec des réactions excessives : l'horreur ou la banalisation, le rejet ou la fascination, la fusion ou l'indifférence, et envisager le fait que les mouvements conduisent parfois à un investissement massif sans destinée, à un rejet tout aussi massif.

Dans cette clinique, le **langage non verbal** est central. Il arrive que la bouche tordue, le corps qui a des gestes incontrôlés, le langage pauvre, soient pour le psychanalyste, une butée à sa pensée. Or, s'il ne peut penser, rêver à propos de son patient, il ne pourra pas l'aider à subjectiver sa réalité et à élaborer son propre positionnement.

La vulnérabilité de la personne handicapée peut réveiller des tendances sadiques chez le thérapeute et la personne handicapée peut s'installer dans une soumission masochique. Ces tendances peuvent conduire la personne à osciller entre le renoncement dépressif à être sujet, et la quête avide d'apports narcissiques jamais suffisants. D'où l'importance du travail psychanalytique personnel du clinicien pour le rendre apte à repérer et à analyser ces mouvements. Sausse (1996) écrit que le psychologue est « sollicité à la fois à être très actif comme un moi auxiliaire qui assure les fonctions défaillantes du moi du patient, mais aussi à se mettre dans un état de réceptivité passive extrêmement attentive, afin de pouvoir capter les messages archaïques, inachevés, fragmentaires, non secondarisés, qui émanent du patient ».

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

CICCONE A. (2012). Fantômes et fantasmes de transmission. *Cliniques méditerranéennes*, 86 (2), 45-58.

SAUSSE S. (1996). *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Calmann-Lévy.

SCELLES, R. (2010). *Liens fraternels et handicap. De l'enfance à l'âge adulte*. Toulouse : Érès.

Pour approfondir

BION, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 1979.

CANGUILHEM, G. (1983). *Le Normal et le Pathologique*. Paris : PUF.

CICCONE, A., FERRANT A. (2009) *Honte, Culpabilité et Traumatisme*. Paris : Dunod, 2015.

FREUD, S. (1912-1913). *Totem et Tabou*, tr. fr. Paris : Gallimard, 1993 ; *OCF.P*, XI, 1998 ; *GW*, IX.

KAËS, R. (1976). *L'Appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.

KLEIN, M. (1932). *La Psychanalyse des enfants*. Paris : PUF, 2004.

1. Notamment les associations constitutives de l'International Psychoanalytical Association (IPA), c'est-à-dire en France la Société psychanalytique de Paris (SPP), l'Association de psychanalyse française (APF) et la Société psychanalytique de recherche et de formation (SPRF) ; ou encore le Quatrième Groupe (OPLF) ou la Société freudienne de psychanalyse (SFP).

LES OUTILS EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUES

- 25. L'écoute et l'observation**
- 26. Le contre-transfert**
- 27. L'analyse de la dynamique des entretiens cliniques**
- 28. Le bilan psychologique**
- 29. De la clinique à la recherche**
- 30. Éthique et déontologie**

Enfin, après un survol non exhaustif des principaux traitements, peut-être vous posez-vous à présent la question des moyens à disposition du psychologue-psychanalyste. De quels outils est constituée sa « mallette » ? Il est important de souligner que le principal outil du psychologue, c'est lui-même. Il travaille d'abord avec ce qu'il est, il prête son psychisme et son appareil à penser au patient dont le fonctionnement psychique est en panne. Il utilise d'abord ses sens, parmi lesquels principalement **l'écoute et l'observation** (notion 25). Écouter et observer n'est pas si simple, recevoir ce que le patient donne à voir et à entendre implique tout un travail sur soi, d'où l'importance pour le futur psychologue de passer lui-même par un travail psychanalytique personnel. Il ne s'en tient pas simplement à une description de ce qui est vu et ce qui est dit, il va plus loin : à partir des sens qui lui parviennent – essentiellement à partir de la vue et de l'ouïe, mais pas seulement –, il va tenter une mise en sens qui va progressivement permettre au patient de se libérer de ses symptômes et de son vécu d'aliénation. Pour ce faire, il mobilise aussi ses propres émotions, les sentiments que lui inspirent le patient et ses propos. Il travaille donc avec son **contre-transfert** (notion 26) : « Qu'est-ce que ce que le patient me dit me fait ? », « En quoi le patient me touche-t-il ? », « À qui me fait-il penser ? », « Quel aspect de ma vie, de mon histoire, me revient-il à l'esprit en l'écoutant ? » Il ne se limite pas à ses ressentis, sans quoi il y aurait un risque de confusion, il les analyse, à l'appui de son travail personnel. L'analyse du contre-transfert permet une distance suffisamment bonne ainsi que l'interprétation, au moment adéquat, du transfert du patient, ce qui va ouvrir de nouveaux sens, élargir l'éventail des possibles. Ainsi, **l'analyse de la dynamique des entretiens cliniques** (notion 27), en conjuguant l'écoute, l'observation et l'analyse du contre-transfert, avec une sensibilité aussi bien aux contenus latents qu'aux contenus manifestes, vise une compréhension la plus en profondeur possible. Lorsqu'il ne dispose que d'un temps limité pour investiguer le fonctionnement psychique dans son ensemble ainsi que les aptitudes intellectuelles, le psychologue a recours à des tests, des médiateurs, pour réaliser un **bilan psychologique** (notion 28). Mais il ne renonce pas pour autant à son principal outil : lui-même. L'analyse du contre-transfert demeure au cœur de sa démarche clinique, procurant une épaisseur aux résultats quantitatifs des épreuves intellectuelles et rendant

compte subtilement de la personnalité du patient avec sa dynamique conflictuelle et des aménagements défensifs. Le psychanalyste ou le clinicien d'orientation psychanalytique cherche à aller toujours plus loin et toujours plus en finesse, il est en cela un inlassable chercheur. La recherche fait avancer la science. Dans notre spécialité, les progrès de la recherche sont étroitement liés à la pratique. Mais comment passe-t-on **de la clinique à la recherche** (notion 29) ? **L'éthique et la déontologie** (notion 30) procurent des repères pour toujours mieux spécifier la posture de clinicien et celle de chercheur en psychanalyse.

25. L'écoute et l'observation

25.1 Observer

En entrant en relation avec un patient ou en étudiant une situation, un groupe, une famille, un bébé, une équipe de soignants, etc., le psychologue observe tout en écoutant, voire avant même d'écouter. L'observation est un outil d'autant plus important que la communication verbale est loin de rendre compte de l'ensemble des informations qui sont échangées en entretien, même dans des situations d'entretiens classiques avec des adultes ayant l'usage de la parole sans aucune difficulté. La communication non verbale prendra d'autant plus de place dans l'entretien avec un enfant ou l'observation d'un groupe, ou encore face à un patient qui pour toutes sortes de raisons ne peut avoir recours à la parole.

Cette observation ne se limite pourtant pas au sens de voir, d'examiner ou de regarder le comportement de quelqu'un ou d'un groupe et de l'étudier à partir de ces données. Observer, c'est d'abord être **présent** et **attentif** à ce que l'autre est en train de dire ou de faire.

Le psychologue va aussi s'interroger sur les conséquences de l'observation sur l'autre ou sur le groupe. Quel regard est porté sur l'autre ? Quel impact aura-t-il ? Le regard attentif et vigilant peut montrer aux interlocuteurs où ils pourraient être attentifs et vigilants. L'observation sert de base pour construire des hypothèses, imaginer des choses à propos de ceux qui sont face à lui puis réfléchir, ressentir, élaborer. L'observation

prend son sens lorsque le psychologue peut la raccorder avec les **mouvements inconscients** qui traversent les patients déstabilisés par ce qu'ils sont en train de vivre. Par exemple, s'il observe un enfant dans une crèche et l'adulte en difficulté pour s'occuper de lui, le psychologue peut aider à différencier la propre histoire d'enfant de l'adulte concerné et celle de cet enfant avec qui il est en relation. L'enfant retrouve alors la liberté d'être ce qu'il est, tandis que le professionnel redevient disponible pour la rencontre et l'accompagnement de l'enfant dans son développement (Maleki *et al*, 2007). L'observateur et l'observation ne sont **pas neutres** : le fait d'observer influence ce qui est observé, chacun est influencé par cette observation. Le regard de l'autre touche d'une manière ou d'une autre.

Une expérience d'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la **méthode d'E. Bick** (Delion, 2006) est très formatrice pour intérioriser cette posture d'observation. En outre, cette méthode de l'observation est devenue un véritable outil de prévention, de travail thérapeutique et de recherche. E. Bick avait formulé la recommandation que chaque futur psychothérapeute ait l'opportunité de comprendre de manière vivante l'expérience d'être un nourrisson, qu'il ait l'opportunité de s'ouvrir à la compréhension du comportement non verbal de l'enfant, des messages qu'il véhicule par ses postures, ses mouvements, les expressions de son visage, l'intonation de sa voix. Ainsi, le thérapeute en formation se rend une heure par semaine dans une famille qui l'accueille, de la naissance du bébé jusqu'à ses deux ans. Après son temps d'observation hebdomadaire, il prend des notes détaillées de ce qu'il a observé, puis lors de rencontres régulières en groupe de séminaire de quatre à cinq personnes, sous la conduite d'un psychothérapeute expérimenté, les observations sont lues, réfléchies, pensées ensemble dans le but de leur donner un sens et, progressivement, semaine après semaine, d'apprendre de cet enfant-là comment il s'y prend pour découvrir et comprendre le monde autour de lui. Outre le fait d'apprendre de l'enfant comment il se développe sur le plan émotionnel semaine après semaine, l'intérêt est surtout d'apprendre à travailler et à réfléchir à partir de son expérience intérieure. « Au cœur d'une telle démarche, un processus se développe progressivement ; processus qu'on intériorise si bien qu'à la fin de ces années de formation, on n'a pas acquis un savoir sur l'observation, sur les bébés, ou sur les

enfants et les familles de notre travail. Par contre, on est détenteur d'une expérience que l'on a développée en soi et avec laquelle on va continuer à travailler, et, ce faisant, contribuer à l'enrichir encore et encore. On va continuer à développer notre capacité à approcher et à penser le monde émotionnel de chaque enfant rencontré » (Gavériaux, 2016, p. 178).

Observer, c'est d'abord faire table rase des connaissances, de ce que l'on a appris, c'est s'exercer à une attitude de réceptivité sans idées préconçues. Dans un premier temps, le psychologue se laisse imprégner sans chercher à savoir ce qu'il va se passer, sans vouloir donner un avis, il se met en **état de vacance**. Cette attitude « sans mémoire et sans désir » chère à Bion, bien qu'elle ne soit jamais absolue, permet de nous laisser surprendre par les projections du patient, de sa famille, et par nos propres réactions ou sentiments vis-à-vis de celles-ci.

25.2 Écouter, et aussi ressentir

En psychologie, et encore plus dans une approche psychanalytique, notre principal outil, c'est nous-même, avec notre subjectivité et ce que nous ressentons. D'où l'importance d'une **analyse personnelle** et d'une **auto-analyse** constante pour être réellement disponible à ce qui surgit chez le patient.

Tout comme l'œnologue s'exerce à définir et à nommer les goûts subtils des vins qu'il déguste, nous nous attachons constamment à mettre des mots sur ce que nous ressentons en écoutant et en observant un patient et sur ce que nous lui prêtons comme sentiments.

En écoutant tel patient, est-ce que je ressens du plaisir, une aisance à suivre le fil associatif qu'amène le patient ? Est-ce que je ressens de la fatigue ? Est-ce que je me sens soulagée à tel moment ? Est-ce que je me sens confuse ? Est-ce que je me sens incompétente ? Est-ce que mon corps éprouve des sensations particulières ? Et beaucoup d'autres possibilités. Nous travaillons avec toute cette palette de ressentis avec des gammes de plus en plus subtiles.

Cette identification de ressentis permettra l'analyse du transfert et du contre-transfert. En restituer quelque chose au patient à bon escient et au moment approprié pourra avoir un effet thérapeutique.

25.3 Ce qui est dit et la manière dont c'est dit

Dans une perspective psychanalytique, l'attention est tout particulièrement portée sur le **contenu latent** derrière le contenu manifeste, ainsi qu'aux équilibres plus ou moins stables entre les forces en compétition (pulsions et défenses) pouvant être décelés à travers les formes discursives.

Lorsque le patient s'exprime verbalement, dans quelle mesure son discours traduit-il un **système de défenses** massives, rigides, stéréotypées, répétitives ? Ou dans quelle mesure son discours traduit-il un système de défenses mobiles, souples, riches de possibilités multiples, adaptées ?

L'écoute psychanalytique ne porte pas uniquement sur tout ce qui est dit, mais est sensible à ce qui engendre un **mouvement** particulier chez le sujet : lapsus, oublis, émotions, stupeurs, etc.

Il n'est pas recommandé de prendre des notes pendant l'entretien, mais juste après. Dans les entretiens cliniques à visée de recherche, l'enregistrement permet le dépouillement et l'analyse des entretiens. Il ne peut pas être utilisé dans le cadre d'entretiens cliniques à visée thérapeutique.

L'analyse du discours ne porte pas seulement sur les thématiques et le sens des mots, mais aussi sur les **particularités du langage**, les figures rhétoriques, les modes de raisonnement, les scansions, les ruptures, le degré d'anxiété, les troubles de la syntaxe, etc., en lien avec les hypothèses cliniques que l'on peut faire (mécanismes de défenses, angoisses, complexes, etc.). Il y a là des points communs avec la méthode française d'interprétation du TAT (notion 33), par laquelle sont pointés avant tout les indicateurs formels du discours en lien avec son processus dynamique.

25.4 Quand le contenu et la forme se contredisent

Dans quelle mesure le contenu de ce qui est dit est en cohérence avec le ton, la posture, le geste qui l'accompagne ? Des communications peuvent s'avérer **paradoxaux**, en « **double contrainte** » (Bateson, 1956), voire carrément pathologiques. Quand on entend un énoncé en contradiction avec

l'attitude que l'on peut observer, on est pris dans une situation où l'autre émet deux genres de messages dont l'un contredit l'autre.

Cas clinique

« Supposez qu'une mère déclare à son enfant : "Viens t'asseoir sur mes genoux". Supposez également qu'elle ait émis cette demande sur un ton qui laisse entendre qu'elle préfère que son fils reste à l'écart. L'enfant serait confronté au message : "Viens près de moi !", incongrûment associé à l'injonction : "Éloigne-toi de moi". Il ne pourrait répondre de manière appropriée à des demandes aussi contradictoires : s'il venait auprès de sa mère, celle-ci en serait gênée, dans la mesure où le ton de sa voix aurait indiqué qu'il devait se tenir à distance ; et la mère serait également mal à l'aise si son fils restait dans son coin, puisque, en un sens, elle l'avait tout de même invité à la rejoindre. La seule façon dont l'enfant pourrait satisfaire à ces demandes contradictoires serait de faire une réponse incongrue : l'enfant devrait venir auprès de sa mère tout en qualifiant ce comportement par un commentaire qui dénierait qu'il s'est rapproché d'elle. Il pourrait, par exemple, venir s'asseoir sur ses genoux en disant "Oh, quel beau bouton tu as sur ta robe !" [...] La capacité, propre à l'espèce humaine, de communiquer deux niveaux de message à la fois permet à l'enfant de se rapprocher de sa mère tout en déniait simultanément ce mouvement » (Haley, 1959, p. 321-322).

Sensible aux formes discursives et aux jeux corporels, l'observateur d'une telle situation peut percevoir une discordance, ressentir un décalage entre ce qu'il entend et ce qu'il voit. De sa place, il en tirera des hypothèses provisoires qui seront ou non confirmées par la suite. Ses sentiments, en observant et en écoutant, amorcent la prochaine notion, celle de contre-transfert.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BION, W.R. (1992-2005). Notes sur la mémoire et le désir. In *Cogitations*. Paris : In Press Éditions, 1994.

CHILAND, C. et al. (1983). *L'Entretien clinique*. Paris : PUF.

DELION, P. et al. (2006). *L'Observation du bébé selon Esther Bick*. Toulouse : Érès.

Pour approfondir

BATESON, G. et al. (1956). *Vers une théorie de la schizophrénie. Vers une écologie de l'esprit*, t. II (éd. 1980, p. 9-34). Paris : Seuil.

GAVÉRIAUX, O. (2016). L'observation selon E. Bick et M. Harris, un outil précieux en psychanalyse. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2 (6), 173-202.

HALEY, J. (1959). An interactional description of schizophrenia. *Psychiatry*, 22 (4), 321-332.

MALEKI, F., COHIER-RAHBAN, V., BERTHEMONT, D. (2007). Le psychologue clinicien et la petite enfance. In SCHAUDE, S. (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents* (p. 83-151). Paris : Dunod.

26. Le contre-transfert

26.1 Définition

Le contre-transfert désigne l'ensemble des émotions, attitudes et pensées, de l'analyste envers son patient et plus spécifiquement à son transfert. Ce vécu contre-transférentiel peut être inconscient et doit dans tous les cas être identifié et élaboré par l'analyste.

Pour certains auteurs (par ex. Lagache), le contre-transfert ne désigne *stricto sensu* que la réaction de l'analyste au transfert du patient. Pour

d'autres (par ex. Racker), le contre-transfert implique plus largement la personnalité de l'analyste.

26.2 Évolution historique

La notion de contre-transfert a beaucoup évolué depuis sa première apparition dans une lettre de Freud à Jung, écrite le 7 juin 1909, à propos d'un rapport sexuel de ce dernier avec une de ses patientes. D'abord pensée comme un obstacle à surmonter, nécessitant cependant une certaine protection, la prise en compte du contre-transfert va devenir au fil des écrits des auteurs, l'élément central de la conduite d'une cure analytique et de tout travail psychothérapeutique.

En 1910, Freud définit le contre-transfert comme « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste », en insistant sur la nécessité de l'identifier et de le maîtriser. Pour ce faire, il devra s'être soumis lui-même à une analyse, complétée par une auto-analyse toujours à poursuivre. Freud propose à l'analyste le modèle du chirurgien, « laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine ». En même temps, l'analyste devra « attacher l'analysé à son traitement », par l'expression d'une « sympathie compréhensive ». Il met donc l'analyste dans une position paradoxale, qui résume les deux perspectives toujours dominantes dans la littérature analytique : *l'analyste comme miroir de l'inconscient du patient* ou *l'analyste comme être humain empathique*.

Ferenczi (1928) approfondira ces premières conceptualisations de Freud, en accordant une place primordiale aux mouvements inconscients de l'analyste en interaction avec son patient. Il identifiera différentes phases, traversées par l'analyste dans le travail analytique :

- au cours d'une première phase, il risque d'être submergé par les émotions, tristesses, colères, etc. de son patient ;
- un difficile travail de maîtrise du contre-transfert, risquera dans une seconde phase de l'amener à « être trop dur et rejetant avec le patient » ;
- un travail d'élaboration des conflits inconscients déclenchés par le discours du patient, lui permettra dans une troisième phase l'utilisation du contre-transfert comme outil thérapeutique.

Ferenczi ouvre la voie à de nouveaux courants qui se sont développés et qui ont influencé certaines pratiques psychanalytiques actuelles. À sa suite,

des auteurs comme Klein, Winnicott, Balint ont élaboré autour de l'engagement profond de l'analyste dans la cure.

Après la Seconde Guerre mondiale, une riche littérature traitant du contre-transfert fera son apparition, avec trois courants majeurs qu'on pourrait résumer de la manière suivante :

- Un premier courant s'inscrit dans la continuité des premières conceptualisations freudiennes à ce sujet, soulignant la nécessaire maîtrise des mouvements contre-transférentiels, par un travail continu d'*auto-analyse*. Une position défendue par Ida Macalpine dans son article de 1950 « The development of the transference ». En même temps, on assistera à une prise en compte progressive du transfert de l'analyste sur le patient.
- Un deuxième courant dérive de l'influence des écrits de Ferenczi et insiste sur le *rôle actif* de l'analyste, pouvant communiquer au patient certains de ses mouvements contre-transférentiels.
- Et enfin un troisième courant, s'inscrivant dans la continuité des travaux de M. Klein, décrit la relation transféro-contre-transférentielle en termes d'*identification projective* (notion 11).

Ce survol rapide des développements historiques du concept de contre-transfert montre ses enjeux dialectiques : contrôler le contre-transfert afin de l'éradiquer ou, à l'inverse, l'identifier pour l'utiliser comme levier thérapeutique (Biro et Kamel 2006).

26.3 Apports déterminants pour la compréhension du concept du contre-transfert

26.3.1 D. W Winnicott : « La haine dans le contre-transfert » (1947)

Dans cette contribution majeure à l'approfondissement de la notion de contre-transfert, Winnicott aborde la question de la haine « objective » ressentie par l'analyste à l'égard de son patient psychotique. Une haine justifiée par les comportements du patient et qui est à différencier d'une haine dont les origines se trouveraient dans le passé de l'analyste et relèveraient ainsi de ses propres projections sur le patient. Cette haine dans

le contre-transfert serait nécessaire, pour que le patient puisse supporter sa propre haine de son analyste. Comme le tout petit-enfant, « il lui faut haine pour haine ». L'analyse restera incomplète, si cette haine n'est pas exprimée, à un moment opportun, au patient. Celui-ci risquerait, autrement, d'être maintenu dans une position infantile. Ce que Winnicott analyse à partir de sa pratique analytique avec des patients psychotiques, s'avérera s'appliquer à toute relation analytique, indépendamment du trouble du patient.

26.3.2 P. Heimann : « Le contre-transfert comme outil de compréhension du patient » (1951)

Avec la contribution de Heimann, le contre-transfert devient « un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient ».

En s'appuyant sur la notion d'*identification projective* de M. Klein, le contre-transfert est conceptualisé comme étant « une création du patient ». Son analyse permet ainsi à l'analyste d'explorer les parties refoulées, clivées et projetées de l'inconscient du patient sur le sien. Mais Heimann souligne, qu'il ne s'agit pas pour autant de communiquer au patient ses sentiments en tant qu'analyste, mais plutôt de les soutenir et de renvoyer au patient ce qui lui en appartient.

26.3.3 H. Racker : « Les mécanismes opérants dans le contre-transfert » (1953)

Pour Racker, le contre-transfert ne se limite pas aux sentiments de l'analyste, mais à toute réaction psychologique de sa part, face au patient. En séance, ce qui traverse l'analyste est plus particulièrement en résonance avec ce qui traverse le patient, signant une « névrose à deux ». La distinction entre un analyste sain et un patient malade représenterait ainsi un leurre.

Racker propose par ailleurs différentes catégorisations du contre-transfert. Il distingue :

- une identification contre-transférentielle concordante : identification partielle du moi de l'analyste au moi du patient, permettant une empathie à son égard ;

- une identification contre-transférentielle complémentaire : identification de l'analyste à un des objets internes du patient.

Les objets internes de l'analyste peuvent par ailleurs s'exprimer de manière directe ou indirecte :

- dans le contre-transfert direct, le patient en vient à représenter un personnage de l'inconscient de l'analyste (son père par exemple) ;
- dans le contre-transfert indirect, le patient vient représenter un groupe social, par lequel l'analyste souhaiterait être reconnu (ex. un superviseur).

26.3.4 L. Grinberg : « La contre-identification projective » (1962)

Grinberg (1962) s'intéresse à la réaction inconsciente de l'analyste à l'identification projective de son patient, mécanisme défini à l'origine par M. Klein. Fréquemment à l'œuvre dans le transfert, le patient projette sa personne ou une partie de celle-ci sur son analyste, afin de le posséder ou de le contrôler. Par contre-identification projective, Grinberg décrit alors la réponse inconsciente de l'analyste, à travers laquelle il s'identifie à ce que le patient a projeté en lui. Il risque alors de prendre ces projections pour ses propres fantasmes. Grinberg souligne qu'une fois ces émotions projetées contenues, identifiées comme appartenant au patient et différenciées des siennes propres, la contre-identification projective devient un moyen efficace de connaissance de l'inconscient du patient et de ses fantasmes.

26.4 L'analyse du contre-transfert

Cette évolution historique de la notion de contre-transfert souligne l'implication de la personne de l'analyste et de son appareil psychique, dans ses aspects conscients et inconscients. D'après M. Little (1988), comme le transfert, « le contre-transfert ne doit être redouté ou évité ; en fait, il ne peut être évité – on peut seulement être vigilant, le contrôler dans une certaine mesure, et l'utiliser » (Little, 1988).

Si le contre-transfert est utilisé comme moyen d'accéder à l'inconscient du patient, un travail d'auto-analyse, toujours renouvelé, s'impose. Il est intéressant de noter avec de Urtubey (1999), que l'exigence d'une analyse de formation, formulée par Ferenczi lors du congrès de Nuremberg en 1910, est contemporaine de l'apparition de la notion de *contre-transfert*.

L'analyste s'appuie sur son auto-analyse pour donner sens à une parole, à un rêve ou à un acte du patient et pour lui en proposer une interprétation (de Urtubey, 1999). Dans ce sens, M. Little (1988) supposait une sorte de clivage chez l'analyste entre une partie analyste et une partie patient. La partie analyste observerait la partie patient, qui retrouverait son état infantile originel, dénué de savoir.

Denis (2010) souligne l'importance de l'investissement dans le contre-transfert et donc de sa dimension économique. L'investissement simultané de plusieurs patients permet à l'analyste d'identifier ce qui, dans son vécu contre-transférentiel, lui appartient en propre et ce qui appartient au patient, dans ce qu'il induit en lui. Si un mouvement d'impatience est vécu avec tous les patients, on peut supposer qu'il relève du fonctionnement psychique de l'analyste. S'il est en revanche circonscrit à la relation avec un patient spécifique, on peut supposer qu'il est induit par ce dernier, même s'il entre en résonance avec un point sensible de l'analyste.

Cas clinique

Une expérience d'équipe thérapeutique pendant un psychodrame avec des patients adolescents très en souffrance, présentant des failles narcissiques majeures, donne à penser sur la notion de contre-identification projective dans le contre-transfert. Alors que les séances se déroulent depuis plusieurs mois, les patients viennent de moins en moins au psychodrame et celui-ci finit par s'interrompre. Durant des séances de supervision, les co-thérapeutes expriment un vécu d'incompétence majeur et se demandent s'ils ont été de suffisamment bons thérapeutes. L'expression et l'élaboration de ce vécu contre-transférentiel permettent l'identification d'un mécanisme de contre-identification projective à l'œuvre. Ces patients, très fragiles narcissiquement, ne pouvaient pas penser et faire l'expérience que d'autres (les thérapeutes) puissent s'intéresser à eux et les investir, ils ne pouvaient pas accepter ce que les thérapeutes leur offraient de « bon », ce qui les a amenés à désinvestir le psychodrame. Ce sentiment d'insuffisance des patients fut projeté sur les soignants, qui se sont alors sentis à leur tour comme insuffisamment bons.

Pour aller plus loin



Lectures recommandées

BIROT, E., KAMEL, F. (2006). Argument. *Revue française de psychanalyse*, 70, 323-330.

DE URTUBEY, L. (1999). Le travail de l'interprétation, aboutissement du travail de contre-transfert de l'analyste. In *Interprétation II. Aux sources de l'interprétation : le contre-transfert. Monographies de psychanalyse*. Paris : PUF.

FERENCZI, S. (1928). Élasticité de la technique psychanalytique. In *Psychanalyse IV*. Paris : Payot. 1982.

FREUD, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. In *La technique psychanalytique*. Paris : PUF, 1953.

HEIMANN, P. (1950). À propos du contre-transfert. *Le contre-transfert*. Paris : Navarin. 1987.

LITTLE, M. (1988). Transfert/contre-transfert dans l'auto-analyse post-thérapeutique. In *Des états limites : de l'alliance thérapeutique*. Paris : Des Femmes, 1991.

MACALPINE, I. (1950). The development of the Transference. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 501-539.

RACKER, H. (1953). À contribution to the problem of counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 313-324.

WINNICOTT, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.

Pour approfondir

BALINT, M. (1972). *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris : Payot.

DE M'UZAN, M. (1976 [2006]). Contre-transfert et système paradoxal. *Revue Française de Psychanalyse. 80 ans de psychanalyse*, 309-322.

DENIS, P. (2010). *Rives et dérives du contre-transfert*. Paris : PUF.

FREUD, S., JUNG, C.F. (1975). *Correspondances*. Paris : Gallimard.

GRINBERG, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 436-440.

KLEIN, M. (1952). Les origines du transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 1, 204-214.

NEYRAUT, M. (1974). *Le Transfert*. Paris : PUF.

Le numéro 70 de la *Revue française de psychanalyse* (2006) consacré au contre-transfert.

27. L'analyse de la dynamique des entretiens cliniques

27.1 Qu'est-ce qu'un entretien clinique ?

L'entretien clinique est un outil central pour le travail du psychologue clinicien : c'est en grande partie autour de l'échange qui va avoir lieu entre le clinicien et le sujet que vont s'organiser leur rencontre et leur travail commun, et que va advenir le processus de changement qui est censé en résulter.

Mais l'entretien clinique n'est ni une simple conversation, ni un interrogatoire, ni encore une interview ; selon Jacobi (2012), « l'entretien est avant tout l'instauration d'un lien, institution d'un espace d'échanges par la parole et le langage » (p. 8). Ce n'est donc pas simplement une interaction verbale entre deux personnes, mais la mise en place d'un lien intersubjectif entre deux interlocuteurs aux statuts et positions différentes, dans un cadre bien particulier.

L'une des caractéristiques de l'entretien clinique est l'asymétrie qui existe d'emblée entre le clinicien et le sujet : « L'un vient demander quelque chose à l'autre qui ne demande rien, il vient en raison de la fonction que l'autre occupe, fonction qui suppose une formation, laquelle permet de prendre une certaine position dans le dialogue » (Chiland, 1983, p. 5). Le sujet vient

donc déposer une plainte, une demande, une souffrance, auprès du clinicien qui va l'accompagner dans un travail d'élaboration de sa problématique psychique. B. Chouvier (2014) précise : « Le sujet recherche une écoute spécifique, qui n'est ni celle d'un parent, ni celle d'un ami proche. L'écoute du clinicien se différencie en ce sens qu'elle introduit un écart, une distance qui doit permettre un recentrement du consultant sur lui-même. Le clinicien n'est pas connu du consultant, il est pour lui un étranger avec lequel du coup il va pouvoir instaurer une relation totalement nouvelle, qui ne préjuge en rien de ses fonctionnements habituels ni des "travers" qui lui sont familiers » (p. 21).

Plusieurs types d'entretiens existent : l'entretien non directif comporte des questions fermées, qui entraînent des réponses courtes ; c'est la forme typique des questionnaires, utilisés pour recueillir des informations précises et souvent quantifiables. L'entretien semi-directif est constitué de questions ouvertes, mais préparées dans une certaine mesure à l'avance par celui qui mène l'entretien ; cela peut correspondre par exemple à l'entretien de recherche dans lequel le chercheur vise à recueillir des informations sur un thème donné. Le psychologue clinicien peut également l'utiliser dans un but de recueil d'anamnèse du patient par exemple. L'entretien non directif, typique de la situation clinique, laisse au sujet et au clinicien la liberté d'échanger au gré des associations et interventions de chacun, ce qui implique une part d'inconnu conséquente : ni le clinicien, ni le sujet ne connaissent d'avance le chemin qu'ils vont emprunter ensemble dans leur rencontre clinique.

B. Chouvier (2014) précise encore la teneur de l'entretien clinique, en explicitant trois concepts fondamentaux qui le caractérisent :

- l'*intérieurité* : ce qui va intéresser le clinicien, c'est le point de vue subjectif du sujet, son monde interne, sa dynamique intrapsychique ;
- l'*unicité* : chaque sujet est unique, singulier ; chaque rencontre le sera donc tout autant ;
- la *totalité* : le clinicien va, dans l'entretien, rester disponible et ouvert à tout ce qui peut l'aider à comprendre la problématique du sujet : « Il ne s'agit pas d'épuiser tous les aspects de la vie psychique, l'identité professionnelle, l'identité relationnelle, l'appartenance familiale ou autres, mais de chercher intuitivement ce qui fait lien entre toutes ces

dimensions » (p. 18). Ce concept fonde la fameuse « attention flottante », qui désigne une écoute entièrement disponible à ce que le sujet va aborder dans l'entretien.

Enfin, l'entretien clinique va se dérouler dans un certain cadre, qui en constituera une variable essentielle. On distingue habituellement le *cadre externe* (les horaires, le lieu, la durée de l'entretien, etc.), du *cadre interne* (constitué par la position clinique du psychologue, sa posture professionnelle), et du *métacadre* (le contexte global de l'entretien : le cadre institutionnel par exemple).

27.2 La position clinique du psychologue

Plusieurs éléments caractérisent la position clinique, imprimant à l'entretien une dynamique singulière.

Par « neutralité bienveillante », on entend à la fois la position neutre du clinicien en termes de valeurs religieuses, éthiques ou sociales, mais aussi en termes d'écoute : le clinicien ne doit privilégier aucun élément particulier du discours du sujet, mais montrer une entière disponibilité dans son écoute. Son attention est dite « flottante » parce qu'il écoute, *a priori*, tout ce que lui amène le sujet. La *bienveillance* « consiste pour le clinicien à développer une disposition favorable vis-à-vis de celui qui vient le consulter » (Chouvier, 2014, p. 37). Cette « règle » fondamentale de l'entretien clinique permet au sujet une parole libre et caractérise la rencontre clinique.

La rencontre avec le sujet mobilise plusieurs dimensions chez le clinicien : l'empathie lui permet de ressentir « de l'intérieur » ce que l'autre vit, éprouve. C'est une capacité cognitive, qui permet de se représenter la pensée de l'autre, mais qui comporte aussi une dimension affective : il s'agit d'être au plus près des émotions du sujet, tenter d'appréhender ce qu'il ressent pour pouvoir le comprendre de l'intérieur, pour ensuite pouvoir analyser et restituer quelque chose de ces éprouvés. L'empathie est permise en partie par l'identification au sujet : c'est parce que le clinicien prend en lui-même un trait ou un attribut du sujet, qu'il peut appréhender son monde interne. Le clinicien est donc totalement « présent » auprès du sujet : il écoute tous les éléments qu'il lui communique (aux deux niveaux verbal et infra-verbal : mimiques, regards, gestes, postures...), sans discrimination

a priori, et écoute également ses propres éprouvés et mouvements psychiques, pour pouvoir avoir accès au contenu latent du discours. C'est donc en passant par lui-même que le clinicien va pouvoir entendre le sujet, et saisir un peu de sa dynamique psychique. La richesse d'un entretien clinique repose ainsi en grande partie sur le processus transféro-contre-transférentiel qui s'y déploie.

Dès lors, analyser la dynamique d'un entretien clinique, c'est porter attention au contenu manifeste des échanges, mais surtout à ce qui se produit dans la rencontre entre le clinicien et le sujet.

27.3 Que signifie « analyser la dynamique d'un entretien » ?

Avant même que l'entretien commence, le contexte dans lequel va se dérouler la rencontre entre le clinicien et le sujet mérite attention : le métacadre est un élément déterminant de l'entretien clinique. L'entretien se déroule-t-il en institution ? En cabinet libéral ? Le cadre, c'est-à-dire le lieu et le temps imparti vont également déterminer ce contexte : où se situe le bureau du psychologue ? Comment est-il aménagé ? Quels sont les éléments qui le composent ? Combien de temps est-il prévu pour l'entretien ?

Il s'agit ensuite de comprendre quel est la demande, le besoin, ou encore le désir du sujet ou de celui qui l'amène en consultation. Le sujet perçoit, parfois confusément, un sentiment de malaise, de mal-être, présente parfois des symptômes, sent une inquiétude, ce qui l'amène à faire la démarche de consulter un psychologue. Cette demande peut se transformer en désir, c'est-à-dire aboutir à « la prise de conscience d'un manque, ainsi qu'à l'appropriation subjective de ce manque. Le sujet fait sien le besoin qu'il éprouve et il se met en quête de moyens pour le satisfaire » (Chouvier, 2014, p. 29). Repérer d'où vient la demande, par qui et de quelle manière elle est formulée est ainsi le point de départ de l'analyse de l'entretien clinique. À ce propos, il est bien souvent nécessaire de dégager, derrière la demande explicite, une demande plus implicite. Il peut être également question de faire émerger une demande au cours de l'entretien.

Cas clinique

Psychologue clinicienne en CAMSP, je rencontre M^{me} X pour la première fois. Cet entretien diffère du cadre habituel des premières rencontres entre le psychologue du CAMSP et les familles : M^{me} X demande un rendez-vous rapide avec une psychologue (l'entretien est d'habitude proposé par le médecin et met un certain temps à se mettre en place), et ne souhaite pas venir avec son enfant (alors que nous recevons systématiquement l'enfant et ses parents dans le cadre de ces premières rencontres). Elle préfère venir seule, parce qu'elle « ne voit pas l'intérêt d'un entretien avec une psychologue pour un enfant de deux ans et demi ». Son fils est atteint d'une maladie génétique et va être suivi au CAMSP pour des rééducations en orthophonie et kinésithérapie. L'entretien est riche en émotions partagées : M^{me} X navigue entre le rire et les larmes, je me sens très touchée par sa détresse mais également par les ressources dont elle semble disposer : c'est une femme profondément joyeuse, très directe et courageuse. D'abord interloquée par son discours « sans filtre », ses mots parfois crus pour évoquer les atteintes de son fils, ou sa colère vis-à-vis du médecin qui lui a annoncé le handicap, je m'identifie peu à peu à sa souffrance et me sens très émue par sa détresse, mais aussi par cette énergie joyeuse qu'elle dégage. D'abord assez réticente à la venue de ses enfants en entretien, elle chemine au cours de nos échanges, et se montre sensible aux arguments que je lui présente : son fils, mais également ses deux grandes filles, ont sans doute besoin d'un espace pour pouvoir évoquer la maladie, en présence ou non de leurs parents. La fin de l'entretien se conclut sur la prise d'un prochain rendez-vous pour un entretien familial : M^{me} X a compris l'intérêt pour ses enfants de bénéficier d'un espace thérapeutique.

Par ailleurs, dans un certain nombre de situations, la demande ne vient pas directement du sujet : quand un enfant ou un adolescent est amené en

consultation par ses parents par exemple, ou quand l'entretien psychologique fait partie d'un protocole d'admission dans une institution, ou encore quand une injonction de soin est posée dans un cadre judiciaire, ce n'est pas le sujet concerné qui demande directement à rencontrer un psychologue. C'est une dimension dont il faudra tenir compte, et qui modifiera la dynamique de l'entretien.

Puis on entre dans le cœur de l'entretien... bien souvent, l'on commence par repérer le contenu du discours : autour de quelles thématiques s'organisent les échanges ? Qu'est-ce qui est dit ? Quel est le déroulement de ce contenu manifeste : dans quel ordre sont abordés différents thèmes ? De quelle manière ? Est-ce que la communication non verbale diffère selon ce qui est dit ? Est-ce que l'on peut observer des réactions particulières, des manifestations affectives à l'évocation de tel ou tel thème ? Il s'agit là de comprendre le sens des échanges, en s'appuyant à la fois sur la communication verbale et infra-verbale.

On s'attachera également à repérer les interventions du clinicien : parfois il opéra pour une démarche informative, à d'autres moments, il relancera le discours du sujet, ou ponctuera son propos, ou encore proposera des reformulations ou des interprétations.

En outre, la manière dont un entretien commence et se termine est souvent très instructive pour en comprendre la dynamique : on y sera particulièrement attentif.

Du côté du sujet, il s'agit d'explorer son discours, mais aussi les défenses qu'il semble mettre en place, repérer les émotions qui parcourent son récit, l'évolution de son discours en termes de cohérence, d'associations d'idées, etc.

Mais au-delà de ces dimensions finalement assez aisées à pointer, ce qui va donner toute sa force à l'entretien clinique et permettre de vraiment comprendre ce que produit la rencontre entre le sujet et le clinicien en termes de processus thérapeutiques, c'est la compréhension des mouvements transféro-contre-transférentiels, ce qui relève des éprouvés du clinicien et du sujet : que se passe-t-il au-delà des échanges conscients, entre les appareils psychiques de chacun, quels sont les mouvements inconscients qui sous-tendent les échanges ? Cela peut se traduire en termes

d'émotions plus ou moins mentalisées, mais aussi s'ancrer dans des ressentis corporels.

Cas clinique

M^{me} T est une patiente d'une trentaine d'années, atteinte d'un cancer du pancréas avancé. Je la rencontre à sa demande. Je découvre alors une jeune femme amaigrie, « la peau sur les os » comme peut le dire l'expression. Ses membres sont « tenus » par des coussins malléables qui sont posés tout autour d'elle, dans son lit. J'ai le sentiment que sans ces objets extérieurs que sont les coussins, le corps ne serait plus. Face à ce corps « meurtri », je suis renvoyée à quelque chose de très archaïque et d'extrême. Il me vient à l'esprit de manière fugace mais envahissante, l'image du cadavre, du squelette sur qui nous ne voyons que les os et qui n'a plus de « peau », d'enveloppe pour contenir, cacher le corps. Un corps abîmé par la maladie où l'inscription du réel du corps habité par la mort se montre. Cette image saisissante me fait « froid dans le dos » et m'intrigue. S'agissait-il d'une crainte personnelle ou d'un ressenti corporel contre-transférentiel ? M^{me} T donne à voir un corps fatigué, cadavérique qu'elle fait encore tenir sans relâche avec une vie psychique massive. Comment pouvait-elle encore « tenir » alors que je sentais ce corps à la limite de la chute ? Telles ont pu être mes pensées dans cette première rencontre. Très vite, elle me demande une présence importante mettant en avant son désir de faire un travail psychique avant de mourir. Elle manifeste alors ses ressentis par rapport à la maladie : « J'ai appris à pleurer, je sais aussi maintenant ce que sont les vraies angoisses. »

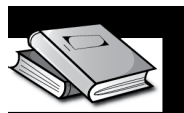
« Vous n'allez pas me lâcher », me dira-t-elle. Cet investissement intense bouscule mon propre corps qui devient alors douloureux : un mal de dos, une boule au « corps » se fait sentir. Je m'interroge sur cette douleur intrigante. Je l'associe à l'image d'un « poids » : « Un poids sur le dos, sur mes épaules » imprègne tout mon corps et perdure encore quelque temps après les séances. Quel était ce poids qu'elle me donnait

« symboliquement » à porter lors de nos rencontres ? Nous étions dans ce « corps à corps » où les limites de soi et de l'autre sont comme confondues : une perte des limites entre l'illusion et la réalité du corps, limites entre mon corps et celui de l'autre, entre le proche et le lointain. Un sentiment « d'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919) source de malaise m'envahissait. À la manière de l'enfant que l'on porte, elle se posait sur « moi » et me mettait en lieu et place de porter sa « vie » psychique, d'éprouver, d'entendre sa solitude, ses angoisses, ses questions sur la mort à venir.

RENY, J. (2013). *Psychologue en soins palliatifs*.

À partir de ses éprouvés contre-transférentiels, le clinicien va pouvoir saisir ce que le sujet éprouve lui-même, et fait éprouver à d'autres, et ainsi appréhender de manière plus juste la dynamique relationnelle et intrapsychique dans laquelle il s'inscrit. C'est ce qui va constituer véritablement le socle d'un processus thérapeutique : en effet, à partir de cette analyse, le clinicien pourra repérer les blessures et les ressources du sujet, être au plus près de son fonctionnement et de ses difficultés psychiques, et ainsi ajuster ses interventions et ses hypothèses interprétatives à l'entretien suivant, imprimant un mouvement de progression qui va soutenir l'évolution du sujet : nous sommes là au cœur du processus thérapeutique.

Pour aller plus loin



BENONY, H. et CHAHRAOUI, K. (1999). *L'Entretien clinique*. Paris : Dunod.

CHILAND, C. (1983). *L'Entretien clinique*. Paris : PUF, 2013.

CHOUVIER, B. et ATTIGUI, P. (2014). *L'Entretien clinique*. Paris : Armand Colin.

DOUVILLE, O. et JACOBI, B. (2008). *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Paris : Dunod.

JACOBI, B. (2012). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Toulouse : Érès, 1995.

RENY, J. (2013). Les aspects corporels du contre-transfert et l'engagement du corps du thérapeute en soins palliatifs. *Champs psy*, 63, 103-117.

28. Le bilan psychologique

J. Guillaumin propose la **définition** suivante : « Mode d'exploration psychologique correspondant à une situation duelle clinicien/sujet, d'une durée limitée à un minimum et à un maximum empiriquement définis, pendant laquelle le clinicien exerce en direction du sujet, en s'appuyant le plus souvent sur un support instrumental destiné à faciliter son attention et à enrichir son information, une observation directe plus intense qu'il ne le ferait dans le cadre d'une situation au long cours » (p. 3).

Déjà Binet attirait l'attention sur l'importance que l'examineur tienne compte de l'influence qu'à son insu il risque d'exercer sur le sujet. Lagache ajoute que l'examineur lui-même est un élément capital de l'interaction, qu'il n'est pas un objet désincarné. L'application de la notion psychanalytique de **transfert/contre-transfert** au bilan psychologique est donc indispensable pour donner à celui-ci une dimension clinique.

28.1 L'entretien préalable au test

Première étape indispensable, il permet de situer le sujet par rapport à cette demande, de répondre à ses questions, de le mettre en confiance en évitant la séduction, de recueillir des informations en évitant l'intrusion. Le secret professionnel est parfois nécessaire à rappeler.

28.2 Les épreuves d'efficience intellectuelle

Le test d'intelligence, le plus souvent de type Wechsler (WAIS pour les adultes et grands adolescents, WISC pour les enfants de 6 à 16 ans et WPPSI pour les jeunes enfants de 2 ans et demi à 7 ans), peut être justifié et utile dès lors qu'il s'inscrit dans un ensemble de tests dont l'analyse

converge vers un même but : la compréhension du fonctionnement psychique du sujet. Par exemple, si les tests d'intelligence montrent un faible niveau intellectuel, les tests de personnalité en dévoileront la raison plus profonde, pouvant aller d'un excès de refoulement névrotique à une inhibition de type psychotique. Si l'on ne s'en tenait qu'aux résultats révélant les QI, les échelles d'intelligence seraient stériles et même nocives pour l'évolution ultérieure, *a fortiori* s'ils sont transmis au sujet lui-même.

28.3 Les épreuves projectives

La clinique projective donne accès à l'exploration des modalités de fonctionnement psychique de l'individu, de ses relations d'objet et de son appréhension du monde. L'examen psychologique à l'aide des épreuves projectives est préconisé à des fins diagnostiques et d'orientation psychothérapeutique (Chabert, 1998).

Le **Rorschach** permet d'apporter un éclairage sur le fonctionnement psychique dans une dynamique souvent en deçà d'une structuration de personnalité. Il permet en effet d'investiguer les rapports entre réel et imaginaire, entre perception et représentation, entre excitations externes et excitations internes, entre dedans et dehors. Par son aspect assez informel, il permet d'interroger des fantasmes anciens tournant autour du corps ou des pulsions primaires. Il est constitué de dix planches où sont figurées des taches d'encre, généralement organisées autour d'un axe de symétrie. Ces planches sont montrées une à une au sujet, avec la consigne : « Dites-moi ce à quoi ces planches vous font penser. » Le sujet est donc invité à montrer comment il s'organise pour faire face à la fois à son monde interne et à son environnement, comment il se conforme aux limites imposées par la réalité du matériel tout en laissant la place au possible, à l'imaginaire et aux fantasmes. Le matériel facilite les mouvements intrapsychiques régressifs et projectifs tout en sollicitant les mécanismes de perception et d'adaptation au réel. La rencontre entre le sujet et le clinicien, médiatisée par le matériel et la consigne qui sollicitent à la fois l'attachement à un objet perceptible et le recours à une illusion subjective, peut être considérée comme relevant de l'*aire transitionnelle* (Winnicott, 1971). Au-delà des stimulations perceptives du contenu manifeste, la résonance fantasmatique et la réactivation de contenus latents, relevant de la dynamique du

développement libidinal, fournissent des repères de la *construction de l'identité*, des *processus identificatoires* et de l'*élaboration des représentations des relations* (Chabert, 1983).

Le ***Thematic Apperception Test (TAT)*** est constitué d'une quinzaine de planches figuratives, le plus souvent représentant des scènes relationnelles (contrairement au Rorschach dont le matériel est non figuratif). La consigne est la suivante : « Imaginez une histoire à partir de la planche ». À travers les réponses au TAT, sera repérable la capacité du sujet à se laisser aller à une rêverie à partir d'une réalité perceptive, sans être ni désorganisé par cette activité associative, ni démesurément contraint par les impératifs de l'objectivité. Ce test réactive les problématiques touchant à l'identité, aux identifications secondaires, au narcissisme et aux relations d'objet. Il permet d'analyser les procédures discursives et défensives utilisées pour construire un récit d'après des planches renvoyant aux registres problématiques du complexe d'Œdipe et de l'angoisse de perte d'amour. Le ***Child Apperception Test (CAT)*** est sa version adaptée pour enfants. Les données du Rorschach et du TAT, complémentaires, sont interprétées selon la méthode psychanalytique de l'École de Paris fondée par N. Rausch de Traubenberg et V. Shentoub. D'autres tests (Patte-Noire, Scénotest, dessins) peuvent s'y adjoindre.

28.4 L'entretien de restitution

Cette étape est très importante et délicate. Si elle est négligée, le clinicien « peut apparaître aux yeux du sujet comme un individu tout-puissant possédant à la fois le savoir sur lui et la compréhension de ce savoir » (Azoulay, 1998, p. 125). Il s'agit de rendre au sujet ce qu'il a donné avec un sens qui l'éclaire, sans termes techniques. Il est souhaitable que le sujet quitte le bureau avec des questions dans la tête qui lui donnent envie de continuer à s'intéresser à son monde intérieur. La restitution du bilan de l'enfant est susceptible de rendre les parents « agents thérapeutiques » (Goldman, 2016, p. 24).

Cas clinique

Leila, 14 ans, est hospitalisée à la suite d'un geste suicidaire médicamenteux et d'une fugue, n'ayant pas supporté des conflits entre sa mère et son frère. Depuis plus de deux mois, Leila ne va plus à l'école et erre. Elle n'a pas fait le deuil du décès de son père, tiraillée entre son amour et une colère en ayant appris qu'il trompait sa mère. Cette colère difficilement avouable a généré une intense culpabilité depuis le décès. Dans une position parentifiée, elle se donne la mission d'aider sa mère ainsi que tous ses amis et a toujours voulu donner l'image d'une fille forte et souriante.

Leila semble demandeuse de soins, alors que sa mère ne souhaite pas que sa fille soit suivie après son hospitalisation. Leila investit d'emblée positivement la préconisation du bilan psychologique.

La WISC met en évidence un potentiel cognitif, la plupart des QI se situant dans la fourchette des « moyens forts » sauf l'indice de mémoire de travail apparaissant « moyen ». L'écart de 27 points entre cet indice avec le plus élevé, l'indice de vitesse de traitement, rend compte d'une hétérogénéité mettant à mal le fonctionnement cognitif malgré les aptitudes. L'irrégularité de la fluidité de la pensée semble liée à une gêne dans l'activité de maintien de l'information reçue. Des pensées parasites entravent la réception et la manipulation immédiate de nouvelles données, la concentration et le contrôle mental. Une analyse qualitative de certaines réponses verbales laisse entrevoir une angoisse d'intrusion, notamment les dérapages liés aux réponses avec une thématique de « pollution » (item du subtest Similitudes « *En quoi le pétrole et le gaz se ressemblent ?* » : « *polluants* » ; item « *Quels sont les inconvénients liés à l'évolution rapide de la science et de la technologie ?* » du subtest Compréhension : « *Ce qui est un problème, c'est qu'en technologie, plus on avance, plus on pollue* » ; item du subtest Information « *Qu'est-ce que la couche d'ozone ?* » : « *Une couche de pollution* »).

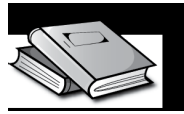
Ses difficultés semblent davantage se situer à un niveau psycho-affectif, retentissant notamment sur la mémoire de travail, d'où la nécessité de nous pencher sur les données des projectifs. Au Rorschach, chaque réponse fait l'objet d'un long développement associatif et révèle une imagination foisonnante et une grande sensibilité. Vu les confabulations, le fréquent recours à l'abstraction et à l'idéalisation, l'absence de scénarios relationnels et les nombreux échecs de saisie perceptive, l'appréhension globale prédominante met en évidence une fuite du réel dans un contexte de désinvestissement objectal et de repli narcissique dans l'imaginaire. Les identifications se situent essentiellement dans un registre narcissique et dérivent à plusieurs reprises vers des identifications mélancoliques. L'absence de représentation humaine réelle et de mise en relation, même de manière déplacée sur d'autres contenus, est inquiétante. Leila se retranche dans un monde coupé de la réalité relationnelle et concrète, sans différenciation aisée du réel et de l'imaginaire.

Le protocole de TAT révèle encore une fois l'imagination débordante de Leila, toutefois au détriment de la cohérence de la pensée. Les histoires ont une allure féerique mais leur écoute n'est pas sans susciter une inquiétude chez le clinicien. Les procédés labiles prédominants animent les récits mais ceux-ci se voient très souvent désorganisés par des irrutions de processus primaires, se déclinant essentiellement en désorganisation des repères identitaires et objectaux et altération du discours. Les procédés narcissiques, surtout l'idéalisation, ne suffisent pas à tempérer l'excitation. Les nombreuses confusions identitaires introduisent fréquemment une ambiguïté incestueuse (planche 2 « *une maman et le père* », 3BM « *C'est... une femme... qui... est triste parce que... elle avait son homme qui était méchant avec elle. Et tous les soirs, au coin du lit, il pleurait. Et son homme avait beaucoup d'argent et était dans un château. Et un jour, la mère a eu une fille. Et le père, quand il a su ça, il était toujours gentil*

avec la mère [...] »). L'activité fantasmatique de Leila et sa quête d'étayage sont des ressources.

La restitution du bilan en des termes accessibles, en présence du médecin référent, d'abord à Leila seule, puis à sa mère en présence de Leila avec son accord, a permis de préconiser une psychothérapie à l'appui du tiers médiateur que constitue le bilan. La mère, d'abord refusant tout suivi, a ainsi pu finalement accepter l'engagement dans une psychothérapie.

Pour aller plus loin



AZOULAY, C. (1998). L'entretien autour des tests projectifs. In CYSSAU, C. *et al.*, *L'entretien en clinique*. Paris : In Press éditions, 2003, p. 121-127.

BRELET-FOULARD, F., CHABERT, C. (2003). *Nouveau Manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

CHABERT, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.

GRÉGOIRE, J. (2006). *L'Examen clinique de l'intelligence de l'enfant*. Liège (Belgique) : Mardaga.

Pour approfondir

BINET, A. (1903). *L'Étude expérimentale de l'intelligence*. Paris : L'Harmattan, 2004.

BOEKHOLT, M. (2006). *Épreuves thématiques en clinique infantile. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

CHABERT, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 1997.

CHABERT, C. (1987). *La Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod, 1998.

DEBRAY, R. (2000). *L'Examen psychologique de l'enfant (à la période de latence 6-12 ans)*. Paris : Dunod.

DECOBERT, S., SACCO, F. (1995). *Le Dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant*. Toulouse : Érès.

GOLDMAN, C. (2016). *Doit-on tout dire aux parents ? La restitution du bilan psychologique au service de la guidance parentale*. Creaxion.

GUILLAUMIN, J. (1977). *La Dynamique de l'examen psychologique*. Paris : Dunod.

WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

29. De la clinique à la recherche

Tout psychologue, psychopathologue est formé à la recherche et par la recherche. L'activité de recherche est au cœur de ce métier, le fonde et le fait évoluer.

La recherche peut être individuelle, associer plusieurs chercheurs d'une même ou de différentes disciplines, être financée ou pas.

Aucun outil, aucun lieu de recueil n'est neutre. Le chercheur doit expliciter les biais, les limites et intérêts des choix opérés pour construire son protocole.

Le recueil de données peut se faire à partir d'une pratique clinique (analyse dans l'après-coup d'une pratique) ou dans le cadre d'un dispositif spécifiquement créé pour la recherche. Il arrive que sur un même lieu un psychologue ait une fonction de soin, d'accompagnement au seul service du patient, et soit en même temps chercheur travaillant sur un thème à partir du matériel recueilli lors de sa clinique. Cette double position ne doit en aucun cas nuire au patient et aux aides qu'il nécessite, ses conséquences et effets doivent être repérés et analysés.

Dans tous les cas, le chercheur doit :

- respecter, à tous les stades de la réalisation de l'étude, les règles déontologiques et éthiques propres à la recherche concernant la personne ;
- s'appuyer sur des connaissances actualisées (veille scientifique nationale et internationale *via* l'interrogation de banques de données avec des mots-clefs).

En respectant ces deux critères, il formule sa question, son hypothèse, explique la nature et la portée de ce qu'il recherche et conçoit un protocole pour opérationnaliser l'étude et les modalités de diffusion de ses résultats.

29.1 Différentes formes de recherches

Les recherches peuvent être de plusieurs types :

- *recherche fondamentale* (compréhension, analyse de processus, théorie) ;
- *recherche appliquée* (répondre à des questions ponctuelles en rapport avec une problématique de terrain) ;
- La *recherche-action* (participer à un processus de transformation, de développement de compétences et de savoirs, coproduits par les différents acteurs).

Une recherche appliquée, une recherche-action permettent des découvertes concernant des processus fondamentaux, et une recherche portant sur des processus fondamentaux peut avoir des applications pratiques.

Il peut s'agir de découvrir un domaine peu connu (démarche inductive) avec une visée exploratoire et non de vérification d'hypothèse ou d'administration de preuves (Widlöcher, 1995).

Il peut s'agir de mettre à l'épreuve une hypothèse quand il existe une connaissance suffisante de la question pour pouvoir formuler une hypothèse (démarche hypothético-déductive).

Aujourd'hui on distingue :

- les recherches *interventionnelles* (intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle) qui ne comportent que des risques et contraintes minimales ;
- les recherches *non interventionnelles*, observationnelles (actes habituels, sans procédure supplémentaire de traitement ou de surveillance).

29.2 Éthique et déontologie

La déontologie des psychologues énonce les règles que tout psychologue doit connaître. Rappelons qu'au niveau international, des règles éthiques ont été promulguées suite aux expérimentations faites dans les camps nazis, mais pas seulement, sans le consentement des participants et sans suivre des méthodes et des protocoles rigoureux. Ces recherches n'ont produit aucun

savoir scientifique. À la suite de cette dramatique expérience, en 1964, la déclaration d'Helsinki énonça des règles concernant l'éthique et la déontologie dans la recherche.

Les principes qui régissent la recherche sont :

- Personne ne doit, sans le savoir, participer à une étude, elle doit toujours pouvoir refuser.
- Le chercheur doit anticiper les effets potentiellement négatifs de la participation à la recherche, les prévenir, en prévenir le sujet. Et ce, du recueil des données à la publication des résultats.
- Toute recherche doit suivre un protocole conforme aux normes scientifiques dans ce domaine et utiliser des outils scientifiquement validés.
- Toute recherche doit pouvoir être contrôlée, validée par la communauté scientifique (validation par les pairs) à tous les stades de sa réalisation.

En 1988, la loi Huriet-Serusclat relative à la « protection des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale » précise les rôles de « promoteur » (responsable d'une recherche, assurant sa gestion et vérifiant son financement) et d'« investigateur » (responsable de l'équipe de recherche). Elle a mis en place des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale, devenus en 2004 des comités de protection des personnes (CPP).

En 2001, la directive européenne sur l'éthique dans la recherche définit la nature de l'information délivrée et les modalités prévues pour le recueil du consentement libre et éclairé, supposant une information claire et compréhensible sur :

- 1) les objectifs et le thème de l'étude ;
- 2) le protocole (du recueil de données à la diffusion des résultats) ;
- 3) la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude ;
- 4) les conditions exactes de participation ;
- 5) les risques encourus ;
- 6) la protection des données ;
- 7) l'anonymat.

En 2009, la loi Jardé relative aux « recherches sur la personne » est adoptée. Les décrets d'applications de 2016 excluent les recherches

observationnelles de toutes demandes de CPP. Toutefois, de nombreuses revues exigent maintenant un avis éthique pour publier les résultats.

Il est nécessaire de déclarer les fichiers des sujets participant à l'étude à la Commission nationale Informatique et liberté (CNIL).

Il arrive qu'il ne soit pas possible de donner aux participants le thème exact de la recherche mais le chercheur ne doit pas cacher un élément de la recherche parce qu'il serait de nature à entraîner le refus de participer (il est interdit de dire qu'on s'intéresse aux amitiés alors que la recherche porte sur la sexualité).

Il est conseillé de ne pas publier un cas alors que le suivi du patient n'est pas terminé (il y aurait alors interférence entre un contrat thérapeutique centré sur la demande du patient et un écrit au bénéfice du seul thérapeute et de la communauté scientifique). Si le patient n'est pas informé que la thérapie donnera lieu à une communication ou à une publication, alors le chercheur doit faire en sorte que ce qui est dit du patient soit le plus anonymisé possible et qu'il ne soit pas reconnaissable par des tiers.

29.3 Les outils

Surtout si la recherche implique plusieurs chercheurs, il convient de construire des guides d'utilisation des outils et de recueil des données communs à tous les chercheurs explicitant le fondement et permettant de traiter dans un même corpus des corpus recueillis par différents chercheurs.

Si les outils utilisés dans le cadre de la recherche peuvent être les mêmes que ceux auxquels le psychologue/psychanalyste praticien a recours, ils diffèrent dans leur objectif qui, pour le chercheur, est de parvenir à un niveau d'abstraction qui dépasse le seul cas étudié.

Ce n'est pas l'utilisation de beaucoup d'outils différents qui fait la scientificité de la recherche mais la justification raisonnée de chacun d'eux. Les tests ou les questionnaires doivent être validés scientifiquement et le chercheur doit en connaître parfaitement l'utilisation.

La manière dont les entretiens, les observations, sont conçus, réalisés et analysés doit être explicitée et suivre une méthode rigoureuse. Par exemple, la littérature permet de choisir de manière éclairée le lieu de la rencontre,

les conditions de la rencontre et de construire la conduite de l'entretien ou de l'observation pour répondre au mieux à la question posée.

Cependant, le chercheur clinicien psychanalyste ne fait pas une « expérimentation » à proprement parler, la psychologie clinique d'approche psychanalytique n'étant pas une science expérimentale. La recherche vise plutôt à mettre en évidence des phénomènes, des processus psychiques, des évolutions associées à certains traitements, qu'à « démontrer » (Perron, 2007). Il s'agit de mettre des faits en évidence, des faits construits par une théorie elle-même mise à leur épreuve. Ces mises en évidence successives, dans le respect du paradigme convoqué et/ou en association avec d'autres paradigmes, permettent d'avancer dans la compréhension des fonctionnements psychiques dans des contextes particuliers et de formuler des hypothèses sur ce qui peut être opérant dans les traitements psychiques.

29.4 L'analyse du discours

Dans notre spécialité, les recherches s'appuient souvent sur des discours enregistrés, ou des corpus d'écrits.

Dans l'analyse, il est indispensable de tenir compte des mouvements fantasmatiques et imaginaires, mobilisés dans l'entretien (Devereux, 1967). Il convient de ne pas traiter de la même manière :

- une retranscription dans l'après-coup transformée par la mémoire du chercheur/praticien ;
- et une retranscription faite à partir d'un enregistrement audio ou vidéo.

L'analyse du discours peut être manuelle (analyse thématique, par exemple).

Dans ces analyses, le recours à des outils informatiques peut être intéressant. Par exemple, IramuteQ permet une analyse « en aveugle » sur la lexicométrie, Nvivo fonctionne comme une boîte à outils de l'analyse de contenu thématique assistée par ordinateur. L'utilisation éclairée des outils informatiques, présente les avantages suivants :

- communication aisée des résultats ;
- reproductibilité de l'analyse (analyse en double aveugle aisée) ;
- traitement uniforme de tous les entretiens.

La richesse de cette utilisation apparaît uniquement, si le chercheur connaît bien son corpus et si, au moins sur quelques entretiens, il a déjà mené une analyse thématique manuelle.

Au-delà des contenus, le chercheur en psychanalyse est tout particulièrement attentif aux manifestations de l'inconscient : associations libres, procédés du discours, expressions de l'angoisse, mécanismes de défense, lapsus, etc. Il prend en compte les éléments du transfert et du contre-transfert dont l'analyse fait partie des outils de recherche.

29.5 Études de cas

Le cas peut être prétexte à l'exposition d'un raisonnement théorique qui s'appuie sur la singularité de l'individu, tout en la dépassant. C'est pourquoi, il est toujours à l'articulation d'une vérité du sujet, telle qu'elle a été perçue et comprise par le chercheur, et de la créativité du travail interprétatif de ce dernier (Revault d'Allonnes, 1991).

Selon Humery (1995, p. 88), « il y a là un moment clé, un moment merveilleux, un moment de créativité où va naître un quelque chose dans la tête du chercheur, qui n'appartient plus au cas clinique et qui n'est pas entièrement une fabrication ».

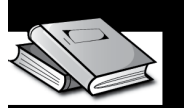
Compte tenu des objets de psychologie clinique et psychopathologie, l'entretien et l'observation sont des outils privilégiés.

Jacobi (1998, p. 182) rappelle que « se référer à l'entretien, pour s'engager dans une recherche, nécessite une mise en relation constante entre sujet et praticien-chercheur, entre l'évolution de la relation et sa conceptualisation ».

La méthodologie de l'étude de cas suppose bien souvent de petits échantillons, privilégiant une méthode d'analyse qualitative. Contrairement aux études statistiques portant sur de vastes cohortes, nous ne pouvons prétendre « valider » des hypothèses, mais plutôt les mettre à l'épreuve de la clinique, en dégagant finement des processus psychiques permettant d'appréhender en profondeur la psyché d'un sujet dans une situation donnée, ou son évolution au cours d'un traitement, ou la dynamique d'un groupe.

Pouvant convoquer une ou plusieurs approches, la recherche est donc diverse. Dans tous les cas, il y a une boucle interactive constante entre pratique de recherche et pratique clinique, l'un alimentant l'autre.

Pour aller plus loin



DEVEREUX, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, 1980.

EMMANUELLI, M., PERRON, R. (2007). *La recherche en psychanalyse*. Paris : PUF.

HUMERY, R. (1995). La problématique du cas singulier. In O. BOURGUIGNON, M. BYDLOWSKI (dir.). *La recherche clinique en psychopathologie* (p. 69-93). Paris : PUF.

JACOBI, B. (1998). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

REVAULT D'ALLONES, C. et al. (1989). *La Démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.

WIDLÖCHER, D., (1995). Principes généraux. In O. BOURGUIGNON, M. BYDLOWSKI (1995). *La recherche clinique en psychopathologie* (p. 9-35). Paris : PUF.

30. Éthique et déontologie

Les patients sont en situation de vulnérabilité. Nous devons les protéger de toute pratique qui pourrait les aliéner, porter atteinte à leur intégrité psychique, à leur liberté ou à leur libre arbitre. L'exercice du psychologue, en particulier ici du psychanalyste ou psychothérapeute d'orientation psychanalytique, suppose un cadre garantissant des limites, une remise en question, l'analyse du contre-transfert, le respect de la déontologie et la mise en œuvre d'un projet éthique. L'acte thérapeutique doit pouvoir s'adapter au patient, à sa personnalité, à son histoire et à sa demande.

L'analyse personnelle du praticien, son auto-analyse constante, sa participation avec des collègues à l'analyse de sa pratique permettent l'analyse du contre-transfert, garante d'une véritable écoute du patient, déontologique et éthique.

Le clinicien interroge en permanence son corpus de connaissances pour le remettre en question au fur et à mesure que la clinique le requiert.

Le code de déontologie fonctionne comme un guide pour résoudre les problèmes complexes. Ses règles s'appliquent en pratique institutionnelle, libérale, individuelle et de groupe. Ni la déontologie des psychologues, ni les choix éthiques ne peuvent contrevenir à la loi commune. Si l'application du droit est fondée sur la crainte d'une répression venant de l'État, l'éthique est dictée par une référence interne, comprenant notamment le sens du devoir référé à des recommandations élaborées collectivement.

L'éthique (*ethos* en grec, signifiant « comportement »), peut être vue comme un art consistant à trouver la solution la plus juste, à adopter le comportement le plus adéquat au regard des valeurs morales. Ce qui suppose la prise en compte de l'organisation du travail, afin d'épargner au professionnel impliqué des prises de risques déraisonnables pour lui-même et ceux dont il s'occupe. Dans cette profession, l'éthique peut servir à interpréter la loi, elle peut susciter la créativité dans la construction d'un projet éthique, donnant place aux ressentis et aux pensées dans le respect du cadre réglementaire.

30.1 Les titres de psychologue et de psychothérapeute

Le titre de psychologue est protégé par la loi 85 772 du 26 juillet 1985. Seuls les titulaires détenteurs d'une licence de psychologie et d'un master de psychologie ayant fait 500 heures minimum de stage professionnalisant, peuvent prétendre au titre de psychologue. L'usurpation du titre relève du Code pénal, dont l'article 433-17 punit « l'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique [...] d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ». Chaque professionnel de santé mentale doit s'inscrire sur le

répertoire ADELI (automatisation des listes), géré par les agences régionales de santé (ARS).

Pour faire face à certaines pratiques déviantes (sectaires, en particulier), le législateur a également encadré le titre de « psychothérapeute » (amendement Accoyer en 2004 et décret modifié en 2012). Le titre de psychologue est délivré sous l'autorité des ARS aux seuls titulaires de diplômes de médecine, d'une licence et d'un master de psychologie ou sous condition de faire une formation complémentaire encadrée par la loi.

30.2 Code des psychologues

Bien qu'il n'y ait pas d'ordre des psychologues, le code a été signé par toutes les organisations de psychologues et concerne tous les psychologues titulaires du titre de psychologue, quels que soient le lieu et les formes de leur pratique.

Il donne des repères concernant le *respect des droits de la personne*, la mise à jour régulière de ses connaissances, la garantie de ses *compétences*, sa responsabilité *professionnelle*, en particulier en ce qui concerne les méthodes et les techniques qu'il utilise, sa *probité*, la *qualité scientifique* de son intervention et le *respect du but* qu'il s'est assigné, son *indépendance professionnelle*, son droit de réserve, la nécessité de s'abstenir de toute relation sexuelle avec les patients, l'utilisation de sa compétence dans le respect des valeurs et de la dignité de son patient en fonction des intérêts de ce dernier, l'attribution du titre, les missions d'intervention, les conditions d'exercice de la profession, le devoir de soutien des psychologues envers ses collègues, la responsabilité dans la diffusion de la psychologie et de l'utilisation des informations dans les médias, la formation. Vous trouvez via ce lien Internet la dernière version du code : <http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>. Par ailleurs, les 22 *grandes notions de psychologie clinique et psychopathologie*, de cette même collection, en font une synthèse (Bouvet *et al*, 2014, p. 231-237).

Dans une approche psychanalytique, le psychologue a conscience que la relation transférentielle fait émerger des désirs refoulés dont la satisfaction par l'analyste constituerait un manquement à la déontologie. Il se garde donc de tout écart de comportement et veille à faire le meilleur usage

possible de la situation transférentielle par l'interprétation qu'il en donne au patient.

La position de neutralité bienveillante protège le patient, qui bénéficie ainsi d'une liberté d'expression propice au bon déroulement du soin psychique.

Le choix de la modalité de traitement implique la référence à la déontologie : évaluer les bénéfices que le patient peut tirer de l'une des modalités d'application de la psychanalyse, en explicitant le cadre (objectifs, fréquence, paiement et durée des séances).

30.3 Le secret professionnel

Si, contrairement à d'autres cadres d'exercice, il n'existe aucune loi imposant un secret professionnel spécifique au psychologue, dans le cadre de son exercice la loi commune s'applique à savoir l'article 9 du Code civil « chacun a droit au respect de sa vie privée ». L'article 226-1 du Code pénal punit « d'un an d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui [...] ».

Si le psychologue est tenu au secret professionnel, selon les cas, il peut choisir de se dispenser de faire la révélation (second alinéa de cet article 434-3 du Code pénal) ou de se délier du secret professionnel pour révéler les faits (article 226-14 du Code pénal).

Le psychologue doit adopter une attitude de réserve en toutes circonstances, il doit prendre toutes les précautions nécessaires pour préserver l'anonymat des personnes dont il s'occupe. S'il échange avec d'autres personnes sur ce cas, il ne partage les informations que si le patient en est informé et que s'il a donné son accord. En séance collective ou de formation, le psychothérapeute prescrit au groupe une obligation de secret quant à l'identité des participants et de discrétion sur le déroulement des séances.

30.4 La Commission nationale consultative de déontologie des psychologues (CNCDP)

Les manquements aux règles du code ne sont donc pas encadrés par la loi mais la CNCDP peut être saisie par les usagers, les institutions ou les psychologues concernant la conformité de la pratique d'un psychologue en regard de la déontologie.

Représentant l'ensemble des champs et des sociétés savantes, associations de la psychologie, l'objectif de la CNCDP, sans enquêter sur les faits, se prononce sur les situations problématiques au regard de la déontologie des psychologues. Rattachée depuis 2005 à la Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP), elle assure les révisions du code de déontologie. Les avis sont consultables en ligne et sont une mine de renseignements sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession et sur les manières d'y faire face à l'aide du code de déontologie (<http://cncdp.fr/index.php/component/content/?id=4>).

30.4.1 Éthique

Les psychologues ne peuvent se soustraire à la violence de la confrontation à la vulnérabilité et à la souffrance.

Une pratique de soins ou problématique de recherche pose des problèmes éthiques quand la situation est telle que la loi, la déontologie, ne permettent pas de décider ce qu'il faut faire pour « bien faire ». En effet, si la décision à prendre est claire (par exemple, ne pas avoir de relation sexuelle avec le patient), ce n'est pas un problème éthique ; le problème est éthique quand la réponse à « que puis-je faire pour faire “bien” ? » ne peut être donnée ni par la loi, ni par la déontologie. L'éthique suppose intrinsèquement une prise de risque : risque de se tromper, de mal évaluer la situation, c'est pourquoi on parle de « posture éthique », de « réflexion éthique ».

La pratique clinique contraint de se confronter à des questions éthiques se déployant dans les spécificités des liens qui se nouent entre le psychologue et les personnes ou les groupes avec lesquels il travaille. La liberté de décider pour soi ou pour les membres de sa famille, la liberté du psychologue d'accepter ou de refuser certaines façons de faire, donnent parfois lieu à des situations contradictoires ou antagonistes, voire conflictuelles. Pour agir le mieux possible, le psychologue doit faire un travail sur l'éthique et d'éthique.

Le psychologue n'est pas « au-dessus de la mêlée », il est plus ou moins sensible à certaines souffrances des sujets, des groupes, selon les circonstances, son histoire professionnelle et personnelle. Parfois, ses mouvements contre-transférentiels le conduiront à s'identifier plus au bébé malade ou à la mère toxicomane, par exemple. Or, si le bien-être du bébé doit être recherché, le psychologue doit aussi composer avec la mère. Il est donc impératif qu'il analyse son contre-transfert, explicite son positionnement et éventuellement sollicite l'aide de confrères s'il est en difficulté pour intervenir dans des conditions éthiques.

Ricœur (1990) évoque l'*intention éthique* lorsque cette dernière s'inscrit dans un projet supposant le dynamisme de la pensée et le lien à l'autre, toujours singulier. Cette dynamique réflexive est ce qui permet de construire des dispositifs respectueux de l'autonomie et de l'altérité des patients.

30.5 Construire une posture éthique

Dans une éthique de la considération d'autrui, le professionnel doit s'interroger sur la manière dont chaque rencontre l'interpelle comme sujet sexué, appartenant à un certain milieu social avec la distance que permet, propose le savoir, le savoir-être, le savoir-faire de sa profession.

Il n'y a pas de « grands » ou « petits » problèmes éthiques, il y a la nécessité d'élaborer une position, une manière de dire, de faire, de regarder, de penser, de rencontrer l'autre qui soit la plus respectueuse possible de la dignité des protagonistes de la relation et qui tienne compte des spécificités du cadre et des objectifs des rencontres.

L'analyse du contre-transfert, l'explicitation des fondements de leur positionnement éthique sont ce qui permet de laisser à l'autre le plus de liberté possible. Le psychologue doit penser, accepter de ressentir ces émotions pour prendre de la distance et faire avec elles et non contre elles. L'acceptation de sa propre vulnérabilité permet de ne pas faire payer au patient les souffrances que la pathologie produit sur lui.

30.6 Importance du groupe dans la construction de la posture éthique

Dans ce travail de « conscientisation et d'explicitation pour soi et pour l'autre », le travail du « penser en groupe » est central. En effet, « penser ensemble », sans jugement, ouvre sur un projet éthique qui accepte les contradictions, les imperfections de chacun, pour les mettre en représentation et à l'épreuve de l'écoute de soi et de l'autre et ainsi les transformer.

Les professionnels du soin doivent écouter leurs propres émotions, tout en reconnaissant leurs limites. Ils ont à apprécier si leur âge et leur état de santé permettent de conduire raisonnablement un travail psychanalytique. Disposer d'un espace pour pouvoir dire les choses, les laisser dire, permet qu'elles soient dites sans redouter un blâme ou une disqualification professionnelle ou personnelle.

Ce qui permet de comprendre toute l'importance à la fois de l'analyse des pratiques (équipes réunies avec un superviseur) mais aussi des intervisions (entre professionnels) ou encore les supervisions individuelles ou en petits groupes (analyse centrée sur la pratique de psychologue avec un superviseur). Ces groupes ont une utilité pour la formation, la pratique, mais aussi la construction de positions éthiques.

Pour aller plus loin



RICŒUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.

Corrigés des quizz

Pulsion (voir ici)

1) La notion de « pulsion sexuelle » a été empruntée par Freud à la biologie de son temps, qui lui donnait le sens d'un instinct de reproduction. Il a donc adopté également cette signification, en considérant toujours que la finalité biologique de cette pulsion était la reproduction sexuée. Mais en pratique, il a fondé sous cette expression un concept totalement inédit, dont le destin dépend entièrement du principe de plaisir : la procréation n'apparaît que très tardivement, du fait du développement biologique, et il constate lui-même qu'elle peut ne jamais avoir lieu, ce qui est absolument contradictoire avec la notion d'instinct. On pourrait donc affirmer que la pulsion freudienne est sans rapport avec l'instinct sexuel, sans changer une ligne à la théorie psychanalytique. Mais comme nul ne peut mesurer objectivement ce qu'il reste d'instinct dans la sexualité humaine, le débat reste ouvert.

2) La pulsion est le moteur universel de toutes les formes de la sexualité humaine pour Freud. Par « sexualité », il entend un domaine beaucoup plus large que l'acception courante du mot, incluant toutes les manifestations du principe de plaisir : toute source d'intérêt implique un investissement libidinal, même quand elle paraît très éloignée d'un intérêt sexuel au sens courant – le goût de la lecture et des études, par exemple. L'amour sexué, même platonique, est donc bien une manifestation de la pulsion sexuelle. On ne saurait cependant l'y réduire : le sentiment amoureux, comme tous les sentiments conscients, suppose également un filtre psychique complexe, impliquant notamment le moi et le narcissisme, la vie fantasmatique inconsciente, et souvent le complexe d'Œdipe.

3) Oui, tout plaisir est sexuel pour Freud, même lorsqu'il n'a rien à voir avec l'expression physique de la sexualité génitale : il est conçu dans tous les cas comme le soulagement d'une tension générée par une accumulation de libido, quel que soit son objet. La notion complexe de « sublimation » rend compte du cas particulier des plaisirs esthétiques et intellectuels : la

pulsion s'est ici détournée de ses buts sexuels, mais elle est toujours la même « pulsion sexuelle », exigeant satisfaction.

Pulsion de mort (voir ici)

1) L'impuissance à dépasser le déplaisir ne figure qu'une mort annoncée, telle qu'on la retrouve souvent fantasmée dans l'angoisse. La véritable contradiction est entre les deux dernières figures et recèle toute l'ambiguïté de la pulsion de mort freudienne : immobilité dans un cas, force d'inertie, c'est-à-dire aussi garantie de stabilité, « écorce » protectrice – et destruction active du lien dans l'autre. Il est difficile de concevoir une pulsion qui exigerait à la fois l'habitude la plus routinière et l'élan de destruction le plus aveugle. Tous ceux qui ont réfléchi à la pulsion de mort après Freud ont eu à résoudre ce paradoxe, chacun à leur manière. Il a toujours consisté à clarifier la fonction économique de la pulsion de mort, en expliquant en quoi cette destruction n'est « aveugle » qu'à l'état purement pulsionnel, sinon abstrait : en réalité, il faut lui concevoir une utilité économique, qui en oriente le destin. En pratique, nul ne détruit jamais « pour rien » : cela peut être, notamment, pour garder ses « habitudes » intactes...

2) La guerre, le terrorisme, le suicide, tous les phénomènes de violence inexpliquée ou injustifiable suggèrent pour la pulsion de mort une signification facile et séduisante. Celle-ci provient, non de sa définition freudienne, mais de la présence de *fantasmes inconscients* de destruction dans toute vie psychique, y compris celle des névrosés les plus conformistes et les plus « normaux ». Même dans sa version destructrice, la pulsion de mort ne rompt que des liens *psychiques* : sa destruction opère sur une organisation représentative. C'est en cela qu'elle demeure « invisible et silencieuse », car inconsciente en temps réel. Cela peut avoir bien sûr des effets dans la clinique, et dans le rapport au monde extérieur – qui est toujours d'abord libidinal : « à elle seule », la pulsion de mort n'y a jamais affaire. Mais, sans rentrer ici dans des arguments théoriques complexes, on observera que la haine mène aussi peu sûrement au meurtre réel que l'amour ne mène à l'acte sexuel : peut-être même leur sont-ils, pour une part au moins, incompatibles.

3) Une différence essentielle entre la première et la deuxième topique est que la première décrit des « lieux » psychiques, directement inspirés des

représentations anatomiques cérébrales, chacun régi par une économie spécifique, tandis que la seconde inverse le procès de construction : ce sont trois « économies » successives, auxquelles, pour clarifier son propos, Freud attribue des noms théoriques, faisant office de « lieu ». La première se prête d'autant mieux à la représentation graphique qu'elle en est née. La seconde, essentiellement conceptuelle, est impuissante à figer graphiquement les mouvements et les rapports qu'elle met sans cesse en fonction. Comment dessiner la façon dont le moi s'empare des objets du ça en s'y identifiant ? Comment dessiner sa double fonction ambiguë de représentant psychique du monde extérieur et de protection contre les agressions du même monde extérieur ? Comment et où dessiner ce surmoi qui n'est, à bien des égards, qu'une « idée » que le moi se fait de lui-même ? Toute schématisation risque plutôt de faire croire que la deuxième topique n'est qu'un changement des noms de la première, et Freud s'efforce surtout en effet, dans ce schéma de 1932, de retrouver ses anciens repères dans les nouveaux.

Conflit et relations d'objet (voir ici)

1) Dans ce récit, l'accent porté sur les relations interpersonnelles s'inscrit dans la mise en scène d'un conflit pulsionnel rendant compte de l'ambivalence du désir. Le conflit entre le ça et le surmoi est distribué sur les deux protagonistes de la relation figurée sur le théâtre intrapsychique, dans un versant hystérique convoquant le jeu corporel.

2) Ici, le conflit intrapsychique mobilisé par la représentation de séparation est clairement présenté comme se jouant au sein de la psyché du personnage. Le conflit entre le ça et le surmoi est porté par un seul personnage, dans un versant obsessionnel impliquant la pensée et le doute.

3) Ici, tout conflit intrapsychique est évité : l'accrochage à des éléments objectifs de la planche ou à la posture des personnages, l'anonymat des personnages, les affects de circonstances ou référence à des normes extérieures, les détails narcissiques, la banalisation, la mise en tableau, la restriction du récit concourent à fuir toute conflictualisation intrapsychique. La problématique narcissique domine, tout se joue par rapport à l'idéal du moi.

4) Cette fois-ci, le ça se trouve en conflit avec la réalité externe. La description minutieuse de la position du personnage à peine visible en l'arrière-plan, très rarement remarqué et évoqué, confère à ces détails de posture rarement évoqués une allure bizarre. Le récit est aussi envahi de fausses perceptions et de perceptions sensorielles déconnectées de toute réalité objective avec une fabulation hors image. La massivité de la projection est notable, avec des moments de rupture avec la réalité externe.

Angoisse (voir ici)

1) **Angoisse de morcellement** : Schreber, dont Freud (1903) a analysé les mémoires (p. 73 ; p. 134-135), se débat avec le sentiment d'avoir une « pluralité de têtes », et de plus son œsophage et ses intestins, son larynx, son bas-ventre, sa moelle épinière « se volatilisent ». L'atteinte du sentiment d'unité psychique va de pair avec une attaque de l'intégrité corporelle et une confusion entre moi et non-moi.

2) **Angoisse de castration** : Freud (1916) s'appuie sur le conte *Suce-son-pouce* d'Hoffman pour travailler la notion d'angoisse de castration. Plusieurs contes l'évoquent, comme le conte *Peter Pan* de Barrie, où le Capitaine Crochet représente le père castrateur empêchant les enfants de grandir, les privant de la Fée Clochette, et séparant Peter Pan de sa fiancée Wendy. Dans la vie courante, des enjeux de situations (examen, etc.) ou projets attisant un conflit entre désirs et contraintes peuvent s'associer à une angoisse de perdre une partie de soi, ou par exemple de manquer de moyens ou de voir certains aspects de soi atteints.

3) **Angoisse de perte d'objet** : Cette réplique de Juliette à Roméo dans la tragédie de Shakespeare peut illustrer l'angoisse de perte d'objet, pouvant marquer voire empêcher ou saboter les liens à l'objet.

Mécanismes de défense (voir ici)

Deux amis s'appelaient régulièrement et sortaient souvent ensemble, notamment pour jouer au tennis. Sans explication, l'un d'eux ne donne plus signe, ne répond pas au téléphone, semble éviter les rencontres. Celui qui veut garder contact réagit, se pose des questions ou se donne des explications selon ses mécanismes de défense prévalents :

« Qu'est-ce que j'ai fait ? Je lui ai fait du mal ? » : **retournement contre soi/introjection.**

« Ce n'est pas possible, il est si correct, jamais il ne ferait ça » : **idéalisation.**

« Je ne sais pas pourquoi, je suis mal à l'aise quand je passe devant sa maison » : **refoulement.**

« Nos idées politiques sont différentes » : **rationalisation.**

« Il n'aime pas mon chien » : **déplacement – et projection.**

« Ce n'est pas que je lui en veux » : **dénégation.**

« Je suis inquiet, il a peut-être des problèmes de santé ? » : **formation réactionnelle.**

« Il m'en veut » : **identification projective.**

« Il ne supporte pas le mauvais temps » : **projection.**

« Il est méchant, mes autres amis sont gentils » : **clivage.**

« Je lui en veux... non, ce n'est pas vrai » : **annulation.**

« C'est sympa, nous nous voyons souvent » : **déni.**

« J'évite d'y penser » : **évitement.**

« Je ne vais plus faire signe à tel autre ami » : **identification à l'agresseur.**

« Ce n'est pas une perte, j'ai d'autres amis mieux que lui » : **défense maniaque.**

« Je n'aime plus jouer au tennis » : **isolation.**

« Je confectionne une œuvre artistique en lien avec le tennis et notre amitié » : **sublimation.**